

Umfrage
bei ausgewählten ExponentInnen der
Migrationsbevölkerung und
Fachpersonen mit Migrationshintergrund
zu den Bereichen Tabak und Alkohol

Rahel Stuker
Corina Salis Gross
Domenic Schnoz
Anke Kayser

Im Auftrag von Public Health Services PHS

unter Mitarbeit von:
Brigitte Arn und Catherine Moser

Bern, April 2008

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Einleitung	4
1.1 Ausgangslage	4
1.2 Fragestellung und Ziele	4
1.3 Aufbau des vorliegenden Berichtes.....	5
2 Methodik und Samplebeschrieb	7
2.1 Methode	7
2.1.1 Befragung Fachpersonen mit Migrationshintergrund.....	7
2.1.2 Umfrage unter betroffenen Migrantinnen und Migranten.....	7
2.1.3 Kontrastierung der Perspektiven.....	9
2.2 Sample	9
2.2.1 Auswahl der Fachpersonen mit Migrationshintergrund.....	9
2.2.2 Auswahl der Migrantinnen und Migranten.....	10
2.2.3 Kurzbeschreibung des Samples Fachpersonen.....	11
2.2.4 Kurzbeschreibung des Samples Migrantinnen und Migranten	13
2.2.5 Kurzportraits der Befragten von Frau A. bis Herrn Z.....	14
3 Ergebnisse der Befragung von Fachpersonen mit Migrationshintergrund 37	37
3.1 Einstellungen und Verhalten	37
3.2 Kommunikation.....	38
3.3 Good Practice	39
3.4 Bedürfnisse	39
4 Ergebnisse Umfrage unter Migrantinnen und Migranten	41
4.1 Einleitung.....	41
4.2 Tabakkonsumverhalten	41
4.2.1 Bedeutung des Konsums und Einstellung zum Konsum von Tabak....	41
4.2.2 Einstellung der Familie und des Umfeldes zum Tabakkonsum	46
4.2.3 Motivation bezüglich Tabakentzug.....	49
4.3 Alkoholkonsumverhalten.....	54
4.3.1 Bedeutung des Konsums und Einstellung zum Konsum von Alkohol...54	54
4.3.2 Einstellung der Familie, des Umfeldes zum Konsum von Alkohol.....	56
4.3.3 Motivation bezüglich Alkoholentzug.....	62
4.4 Präventionsverhalten	65
4.4.1 Gesundheitsverhalten	65
4.4.2 Wissen um schädliche Auswirkungen des Tabakkonsums	67
4.4.3 Wissen um schädliche Auswirkungen des Alkoholkonsums	73
4.4.4 Wissen und Nutzung von Angeboten der Prävention	78
4.4.5 Bedürfnisse bezüglich Tabakpräventionsangeboten	81
4.4.6 Bedürfnisse bezüglich Alkoholpräventionsangeboten	86
5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis	89
5.1 Wichtigste Ergebnisse aus der Umfrage bei Migrantinnen und Migranten...90	90
5.2 Kontrastierung der beiden Umfragen	93
5.3 Empfehlungen für die Praxis präventiver Massnahmen.....	95
6 Literatur	104
7 Anhänge	108

Zusammenfassung

Ausgangslage: Der vorliegende Bericht ist Ergebnis einer Umfrage unter *MigrantInnen* und *Fachpersonen* mit *Migrationshintergrund* in den Bereichen *Tabak und Alkohol*. Der Bericht ist Teil eines Gesamtprojektes zur *Förderung der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention* einer Gruppe von Organisationen, koordiniert von Public Health Services (PHS), dessen Ziel es ist, zukünftig alle nationalen Präventionsprogramme zur Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten und ihre Interventionen in der Schweiz bewusst auch auf die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten auszurichten. Bisher gibt es kaum Befragungen unter direkt betroffenen MigrantInnen in der Schweiz zu ihrem Konsum- und Präventionsverhalten sowie zu ihren Einstellungen in diesen Bereichen.

Fragestellung und Ziele: Untersucht wurden das Konsum- und Präventionsverhalten von MigrantInnen, das Wissen und der Zugang zu vorhandenen Präventionsangeboten sowie die Bedürfnisse bezüglich der Tabak- und Alkoholpräventions- und Informationsangebote. Ziel der Umfrage war es, die Kontext- und Bedeutungsebene der Aussagen zu eröffnen und durch das Verstehen von Präventionsverhalten Empfehlungen für die Ausgestaltung adäquater Angebote nennen zu können.

Methodisches Vorgehen: Es handelt sich um eine explorative, qualitative Studie. In 21 ausführlichen Interviews mit *MigrantInnen* – einzelner von der Suchtproblematik direkt oder indirekt (z.B. als Angehörige) betroffener Personen – und einem Gruppengespräch unter zwölf ausgewählten *FachexpertInnen mit Migrationshintergrund* wurde eine doppelte Perspektive auf die Thematik gewählt, die eine Kontrastierung zuliess. Die Daten wurden zudem in zwei Phasen erhoben. Damit sollten Dimensionen ergänzt und vertieft werden können, welche in der ersten Phase der Datenerhebung als Lücken oder weiter zu vertiefende Themen definiert wurden. Die Interviews mit den MigrantInnen wurden in der Regel mit ÜbersetzerInnen geführt, wurden aufgezeichnet, transkribiert und gemäss der Methode des thematischen Kodierens ausgewertet. Als integraler Bestandteil der Daten fungiert eine Kurzbeschreibung jedes Falles.

Resultate: Die Kontrastierung der beiden Umfragen hat wichtige Divergenzen ergeben, in hohem Masse allerdings auch kongruente Ergebnisse geliefert. Das Wissen der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung befragten MigrantInnen zu schädlichen Auswirkungen von Alkohol und Tabak ist relativ breit vorhanden, wenn auch nicht sehr tiefgreifend. Dieses Wissen zeigte sich deutlich in den durch die Befragten geäusserten Bedürfnissen bezüglich Tabak- und Alkoholpräventions- und Informationsangeboten. Die Health Literacy ist damit insbesondere im Wissensbereich grösser als von den Fachpersonen vermutet wurde. Bei der Umsetzung dieses Wissens scheint der Handlungsbedarf allerdings deutlich gegeben. Es wird ersichtlich, dass der Abhängigkeit und der damit verbundenen kognitiven Dissonanz bei MigrantInnen professioneller begegnet werden muss. Ob dies mit dem bestehenden Angebot und in der durch die befragten Fachpersonen angegebenen bisherigen Weise möglich ist, muss eingehender untersucht werden. In der Präventionsarbeit sollte der Fokus auf einer inhaltlichen und methodischen Differenzierung und Anpassung des Konzeptes der aufsuchenden (Sozial-)Arbeit im Migrationskontext liegen. Bisherige Strategien der aufsuchenden Arbeit scheinen die MigrantInnen nicht genügend zu erreichen.

Einleitung

1.1 Ausgangslage

Der vorliegende Bericht ist Ergebnis einer Umfrage unter MigrantInnen und Fachpersonen mit Migrationshintergrund in den Bereichen Tabak und Alkohol. Der Bericht ist Teil des Gesamtprojektes *Förderung der transkulturellen Tabak- und Alkoholprävention* einer Gruppe von Organisationen,¹ koordiniert von Public Health Services (Biedermann, 2006). Ziel des Gesamtprojektes ist es, zukünftig alle nationalen Präventionsprogramme zur Bekämpfung von chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten und ihre Interventionen bewusst auch auf die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten auszurichten. In einer ersten Projektphase werden Grundlagen erarbeitet für strategische und operative Entscheide für die transkulturelle Tabak- und Alkoholprävention. Diese Entscheide dienen der Vorbereitung für die in der zweiten Projektphase geplanten Elemente zur Sensibilisierung der Akteure und Dissemination der Erkenntnisse (vgl. Biedermann, 2006).

Die vorliegende *Umfrage bei ausgewählten ExponentInnen der Migrationsbevölkerung und Fachpersonen mit Migrationshintergrund* des SRK bildet – zusammen mit den Teilprojekten *Befragung zur transkulturellen Suchtprävention bei Experten und Expertinnen der Alkohol- und Tabakprävention* durchgeführt von PHS (Müller, 2007) und der *Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention* durchgeführt von Caritas Schweiz (Bauer, 2007) – Teil der ersten Projektphase des Gesamtprojektes.

Auf der Grundlage des Konzeptes *Umfrage bei ausgewählten ExponentInnen der Migrationsbevölkerung und Fachpersonen mit Migrationshintergrund in den Bereichen Tabak und Alkohol innerhalb des Gesamtkonzeptes PHS Transkulturelle Prävention* wurde die vorliegende Umfrage konzipiert und durchgeführt (vgl. Anhang 1).

1.2 Fragestellung und Ziele

Als **Hauptfragestellung** fokussiert die Studie auf eine nachhaltige, basisorientierte und effiziente transkulturell ausgerichtete Prävention. Im Vordergrund steht die Analyse von Erfolgsfaktoren für transkulturelle Präventionsprogramme und –projekte. Die Umfrage soll einen deutlichen **Erkenntnisgewinn** in der definierten Hauptfrage leisten. Sie orientiert sich dafür an bestehenden Erkenntnissen, wie z.B. an Resultaten aus dem Gesundheitsmonitoring

¹ Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, Bundesamt für Gesundheit (Sektion Chancengleichheit und Gesundheit), Caritas Schweiz, Public Health Services, Krebsliga Schweiz, Radix Gesundheitsförderung, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Schweizerisches Rotes Kreuz.

Migration (GMM) (Rommel, Weilandt et al., 2006), will aber darüber hinausgehen. Das Teilprojekt SRK eröffnet die Kontext- und Bedeutungsebene der statistischen Daten des GMM. Ein Erkenntnisgewinn auf diesen Ebenen ist zentral im Hinblick auf das Ziel, das Präventionsverhalten zu verstehen und adäquate Angebote ausgestalten zu können. Die Vorgehensweise der Umfrage orientiert sich an gängigen, dem Stand der Migrations-, Integrations-, Gesundheits- und Präventionsforschung adäquaten Ansätzen wie Ressourcenorientiertheit, Kontextbezug und transkulturelle Kompetenz. Mit der Umfrage soll zudem eine doppelte Perspektive ersichtlich werden, indem die Sicht einzelner von der Suchtproblematik direkt oder indirekt (z.B. als Angehörige) **betroffener Personen** mit der Perspektive von ausgewählten **FachexpertInnen mit Migrationshintergrund** kontrastiert wird.

Die **konkreten Ziele** der beiden Teilbefragungen lauteten

- a) für die Befragung von **Fachpersonen mit Migrationshintergrund:**
 - Kenntnisse zum Konsumverhalten (Alkohol und Tabak) der Migrationsbevölkerung ausdehnen
 - Kenntnisse zum Präventionsverhalten erweitern
 - Kenntnisse über Wissen um Präventionsangebote ergänzen
 - Kenntnisse über Zugang zu Präventionsangeboten ausweiten
 - Kenntnisse über Bedürfnisse an Präventions- und Informationsangeboten verbreitern
 - Rückmeldungen zum Entwurf des Interviewleitfadens für die Umfrage bei Migrantinnen und Migranten einholen

- b) für die Umfrage bei **Migrantinnen und Migranten:**
 - Erkenntnisse zum Konsumverhalten der ausgewählten MigrantInnen erweitern
 - Erkenntnisse zum Präventionsverhalten der ausgewählten MigrantInnen ergänzen
 - Erkenntnisse über das Wissen um Präventionsangebote verbreitern
 - Erkenntnisse zum Zugang zu allgemeinen Tabak- und Alkoholpräventions- und Informationsangeboten ausweiten
 - Erkenntnisse zu den Bedürfnissen bezüglich Tabak- und Alkoholpräventions- und Informationsangeboten vergrößern

1.3 Aufbau des vorliegenden Berichtes

Der vorliegende Bericht ist wie folgt aufgebaut: Zunächst wird im Kapitel zwei kurz die verwendete **Methodik** der Umfrage erläutert. Ein relativ ausführlicher Beschrieb des **Samples** bietet anschliessend je einen Kurzüberblick zu den interviewten Fachpersonen und den befragten MigrantInnen. Kurze Biographien der einzelnen befragten MigrantInnen ermöglichen ausserdem einen Einblick in dieses sehr heterogene Sample und dienen nach

Bedarf der Einbettung der Ergebnisse in den individuellen Kontext der Personen. Im Kapitel 3 werden die **Ergebnisse der Umfrage bei den Fachpersonen** mit Migrationshintergrund aus dem Gruppengespräch dargestellt. Die **Ergebnisse der Gespräche mit den Migrantinnen und Migranten** werden anschliessend im Kapitel 4 in zwei grossen Blöcke gezeigt: Einerseits wird das Konsumverhalten und die Einstellung zum Konsum von Tabak und Alkohol (unter Miteinbezug des Umfeldes) näher beleuchtet und andererseits das Präventionsverhalten untersucht. In den **Schlussfolgerungen** im Kapitel 5 werden die Ergebnisse aus beiden Teilerhebungen für die Umsetzung in die Praxis präsentiert. **Literaturverzeichnis** und **Anhang** schliessen den Bericht ab.

Dank

An dieser Stelle möchten wir uns zunächst bei den Migrantinnen und Migranten für ihre Bereitschaft bedanken, mit uns Gespräche zu führen. Wir danken auch den Übersetzerinnen und Übersetzern, die uns die Verständigung mit für uns fremdsprachigen InterviewpartnerInnen erlaubten. Ein grosser Dank gilt auch den ExpertInnen, die uns im Rahmen eines Gruppengesprächs wichtige Erkenntnisse aus ihrer Arbeit mit MigrantInnen zukommen liessen. Last but not least danken wir PHS für den Auftrag und die Zusammenarbeit im Rahmen dieses Projektes und hoffen, mit den vorliegenden Erkenntnissen für das Gesamtprojekt einen Beitrag leisten zu können.

2 Methodik und Samplebeschrieb

2.1 Methode

Methodisch wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt, indem in einem ersten Schritt die Perspektive der Fachpersonen mit Migrationshintergrund erhoben und analysiert, und in einem zweiten Schritt die Perspektive der betroffenen Migrantinnen und Migranten untersucht wurde.

2.1.1 Befragung Fachpersonen mit Migrationshintergrund

Zur Befragung von Fachpersonen mit Migrationshintergrund fand ein Gruppengespräch mit 12 Teilnehmenden in deutscher Sprache statt (vgl. Kap. 2.2.3). Das Gespräch wurde durch das SRK organisiert und geleitet, auf Tonband aufgenommen und später transkribiert (vgl. Anhang 2). Inhaltlich war das Gespräch in vier thematische Blöcke unterteilt: Nach einer Vorstellungsrunde der Anwesenden wurde die Diskussion um die Themenbereiche **Einstellungen** und **Verhalten** (1) auf die Frage hin geleitet, welche Problemlagen und Anliegen in der migrationsspezifischen Arbeit zentral sind. Anschliessend wurde der Bereich **Kommunikation** (2) diskutiert hinsichtlich der Kanäle, der Settings und schliesslich des Zugangs zur Migrationsbevölkerung, welche gewährleisten, dass Präventions-Botschaften aufgenommen und die Angebote genutzt werden. Auf der Grundlage der vielseitigen Erfahrungen der Gruppengesprächsteilnehmenden wurden in einem dritten Themenblock wichtige Voraussetzungen und Qualitätskriterien für **Good Practice** (3) im Bereich der Prävention bei MigrantInnen diskutiert. Schliesslich äusserte sich die Gruppe auch zu **Bedürfnissen** (4) und Handlungsbedarf sowie aktuellen Hindernissen und (un-) günstigen Rahmenbedingungen bezüglich der Arbeit in diesem Bereich.

Die Auswertung des transkribierten Gruppengesprächs erfolgte in Form einer Zusammenfassung und Gruppierung der wichtigsten inhaltlichen Elemente nach den vorgegebenen vier Themenblöcken (vgl. Anhang 2).

2.1.2 Umfrage unter betroffenen Migrantinnen und Migranten

Die Fragen an Migrantinnen und Migranten orientierten sich an den Vorschlägen aus dem Gesuch zum Gesamtprojektes PHS (Biedermann, 2006) und wurden anschliessend im Detail ausgearbeitet. Ein erster Leitfaden für die Interviews wurde erstellt und anhand der

Ergebnisse der Umfrage unter den Fachpersonen mit Migrationshintergrund sowie deren konkreten Rückmeldungen zum Entwurf des Leitfadens überarbeitet.

Die Fragen wurden insgesamt so konzipiert, dass sie Antworten auf die festgehaltenen Ziele der Umfrage zu geben vermögen und dass sie ergänzende Daten zum GMM liefern, indem der Bedeutungskontext der erfragten Themen für die befragten MigrantInnen miterhoben wird. Aus diesem Grund wurde auch mit entsprechend qualifizierten ÜbersetzerInnen (u. a. des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer SRK) gearbeitet, welche gerade in diesem Bereich über hohe Kompetenzen verfügen.

Erste elf Gespräche wurden mit dem ersten Leitfaden durchgeführt (vgl. Anhang 3). Ein zweiter, überarbeiteter Leitfaden wurde unter Berücksichtigung folgender Punkte für eine zweite Gruppe von zehn Gesprächen benutzt (vgl. Anhang 4):

- Bisherige Ergebnisse der Teilstudien durch PHS und Caritas Schweiz
- Bemerkungen zum Leitfaden 1 durch die Expertengruppe zum Projekt
- Erste Auswertung der ersten 11 Gespräche mit Migrantinnen und Migranten

Die Interviews wurden also in **zwei Phasen** erhoben und sollten entsprechend dem Vorgehen des **thematischen Kodierens** (vgl. Flick, 2004: 271-278) ergänzende und vertiefende Dimensionen erhellen, welche in der bisherigen Befragung als Lücken oder als weiter zu vertiefend Themen definiert wurden.

Der Leitfaden für die Gespräche war insgesamt ausführlich gehalten und in verschiedene thematische Blöcke strukturiert, so dass damit fallspezifische Schwerpunkte gesetzt werden konnten.

Die Gespräche wurden **aufgezeichnet**² und anschliessend **transkribiert**. Wenn die InterviewpartnerInnen keine Gesprächsaufnahme wünschten, wurde während des Gesprächs ein Protokoll geführt.

Für die **Auswertung** orientierten wir uns ebenfalls an der Strategie des thematischen Kodierens (vgl. Flick, 2004: 272-275): Zu einer ersten Orientierung wird dabei eine **Kurzbeschreibung des jeweiligen Falles** erstellt (vgl. Kap. 2.2.5). Sie enthält das Motto eines jeden Falles, eine knappe Darstellung der Person im Hinblick auf die Fragestellung und die zentralen Themen, die im Interview angesprochen wurde. Diese Falldarstellungen haben zunächst heuristischen Wert im Hinblick auf die Auswahl von weiteren Fällen im Sinne des theoretischen sampling (vgl. Strauss, 1991) sowie auf deren Analyse. Nach Abschluss der Analysen ist die Kurzbeschreibung der Fälle Bestandteil der Ergebnisse. Die thematischen Schwerpunkte aus den Fallanalysen wurden in unserem Procedere nicht im Sinne von

² Zwei Gesprächspartner wollten das Gespräch nicht aufgezeichnet haben.

Subgruppenvergleichen behandelt, wie es das thematische Kodieren nahe legen würde sondern inhaltlich zusammenfassend im Hinblick auf die Fragen unserer Untersuchung dargestellt. Dies berücksichtigt, dass weniger der Gruppenvergleich als die Vermehrung und Vertiefung verschiedener inhaltlicher Dimensionen im Vordergrund der Fragestellung stand. Mit Hilfe der fallbezogenen Erhebung und Auswertung sollte das Ziel erreicht werden, den Sinnzusammenhang und die Auseinandersetzung jeder Person mit dem Thema zu erhalten.

2.1.3 Kontrastierung der Perspektiven

Die Kontrastierung der Perspektiven von Anbietern mit Migrationshintergrund und von den betroffenen Migrantinnen und Migranten selber erfolgte als letzter Schritt der Analyse. Hierbei wurde folgendermassen vorgegangen: Die Ergebnisse des Gruppengesprächs unter Fachpersonen (vgl. Kapitel 3) und die Ergebnisse der Umfrage unter MigrantInnen (vgl. Kapitel 4) wurden miteinander verglichen und Übereinstimmungen sowie auffallende Abweichungen der Ergebnisse bezüglich bestimmter Fragestellungen wurden hervorgehoben.

2.2 Sample

Die Umfrage berücksichtigt zwei verschiedene Zielgruppen: Einerseits **Fachpersonen** mit **Migrationshintergrund** andererseits **Migrantinnen** und **Migranten**.

2.2.1 Auswahl der Fachpersonen mit Migrationshintergrund

Die Auswahl des Samples von **Fachpersonen mit Migrationshintergrund** für ein Gruppengespräch orientierte sich an folgenden Auswahlkriterien:

- **Kenntnisse in Prävention:** Beruflicher und fachlich ausgewiesener Bezug zum Thema Gesundheitsförderung respektive Prävention (idealerweise Alkohol- und Tabakprävention).
- **Kenntnisse des Migrationskontexts:** Neben eigenem Migrationshintergrund gute Vernetzung in MigrantInnenkreisen (niederschwelliger Zugang zur Zielgruppe).
- Erfahrung in der **Zusammenarbeit mit Schweizer Fachinstitutionen**.
- **Sprache:** Beherrschen der Herkunftssprache sowie einer Landessprache der Schweiz.
- **Geschlecht:** Möglichst paritätische Vertretung von Frauen und Männern.
- **Aufenthaltsdauer:** Bereits mehrere Jahre in der Schweiz lebend.

2.2.2 Auswahl der Migrantinnen und Migranten

Die Umfrage berücksichtigt **Migrantinnen** und **Migranten** ohne oder mit schwachen Kenntnissen in einer schweizerischen Landessprache.

Folgende Auswahlkriterien wurden für die Migrantinnen und Migranten angewendet:

- **Konsum- und Präventionsverhalten:** Die MigrantInnen wurden über die Fachpersonen rekrutiert. Sie haben daher entweder durch ihr Konsum- und/oder ihr Präventionsverhalten in irgendeiner Form einen Bezug zu den Fachstellen, MigrantInnenorganisationen, Beratungs-, Betreuungsangeboten, in denen die Fachpersonen tätig sind. Dieser Bezug kann sehr aktiv (TeilnehmendeR eines Präventionsprogrammes) oder eher passiv sein (AdressatIn einer Informationsbroschüre). Ausser diesem institutionellen Bezug können die GesprächspartnerInnen persönlich mit den Fachpersonen bekannt sein und von ihnen aufgrund ihres Konsum- respektive Gesundheitsverhaltens ausgewählt werden.
- **Herkunft:** Sinnvoll sind Vertretungen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens, der Türkei, Sri Lanka, Italien und Portugal (aufgrund der bisherigen Erkenntnisse und Prävalenzen, etc.). Die zahlenmässige Verteilung auf diese Herkunftsländer ergibt sich einerseits aus den Kontakten mit den Fachpersonen, andererseits aus der Kombination mit den anderen hier aufgeführten Kriterien.
- **Sprachkompetenz:** Personen, die keine oder kaum Verständigungsmöglichkeiten in einer der Landessprachen der Schweiz haben (Sprache als Integrationsfaktor/-indikator). Bisherige Erkenntnisse (z.B. Rommel, Weilandt et al., 2006) zeigen, dass die Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit der Verständigung in der im Wohngebiet lokalen Sprache (Bodenmann et al., 2005) ein ausschlaggebender Faktor für die Kenntnisse der Folgen von Konsum und für die Kenntnisse bezüglich Prävention ist. Personen, deren sprachlicher Zugang zum Präventionsangebot sowie deren Kompetenz in der Informationsbeschaffung gewährleistet sind, gehören daher nicht zur primären Zielgruppe der Umfrage.
- **Alter:** Erwünscht ist, dass in der Gruppe der InterviewpartnerInnen alle Alterskategorien vertreten sind (Jugendliche, Personen mittleren Alters und Ältere).
- **Geschlecht:** Es wird eine möglichst paritätische Vertretung von Frauen und Männern angestrebt.
- **Aufenthaltsstatus:** MigrantInnen mit einem gesicherten Aufenthaltsstatus (und daraus folgend mit einer längeren Aufenthaltsdauer). MigrantInnen mit einem hängigen Asylverfahren bzw. einer anderweitig ungesicherten Aufenthaltsperspektive (z.B. Asyl Suchende oder Sans-Papiers) sind nicht primäre Zielgruppe der Untersuchung, weil sie sich – so wird vermutet – aufgrund der ungewissen Zukunftsperspektive nicht in gleicher Weise auf Präventionsangebote einlassen.

Das sampling erfolgte in zwei Phasen, und machte so gemäss der Strategie des thematischen Kodierens erstens die Perspektiven verschiedener Personen aus der betroffenen Migrationsbevölkerung ersichtlich, und erlaubte zweitens bei der Auswahl der konkreten Fälle mittels theoretischem sampling den Stand der Interpretationen kontinuierlich einfließen zu lassen.

2.2.3 Kurzbeschreibung des Samples Fachpersonen

Mit 12 Fachpersonen mit Migrationshintergrund wurde am 30. April 2007 in Bern in einem rund dreistündigen Gruppengespräch eine thematisch gegliederte Diskussion geführt.

Folgende Personen haben daran teilgenommen:

Name / Institution	Zur Person	Zur Institution
Enver Osmani AOZ, Psychosozialer Dienst	Sozialpädagoge, Weiterbildung in Konflikt- und Krisenmanagement, Besuch von Seminaren zu gewaltfreier Kommunikation	Nicht spezialisiert im Suchtbereich Angebote im Migrationsbereich: Konfliktofon, Familiencoaching, Freiwilligenangebot, Kantonaler Auftrag für Asylsuchende (kostenlos)
Osman Besic SRK Mitglied Steuergruppe TKP-Projekt	Politologe, Sozialarbeiter Aktuell Weiterbildung zum Master of Public Health vorher: Arbeit im Suchtbereich: Musub, SFA	Bereich Gesundheitsförderung Verschiedene Projekte: v.a. Förderung Gesundheitskompetenz
Xhevat Hasani Pro Integra Schaffhausen	Arzt Ausbildung in Paar- und Familientherapie (CH) Weiterbildung im Bereich Trauma	Kantonale Stelle (drei Mitarbeitende und weitere externe Mitarbeitende, besteht seit drei Jahren): sozialpädagogische, soziokulturelle, psychosoziale Beratung, Betreuung, Vermittlung, Vorträge in Muttersprache zu Prävention, Vorträge für Fachpersonen zu Gesundheit / Gesundheitsförderung
Joseph Oggier Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention (FISP), Zürich	Soziologe Ko-Leiter FISP vorher: Leiter Bereich Migration, Schweizerisches Arbeiterhilfswerk (SAH)	Privater Verein mit Leistungsauftrag des Kantons Zürich (fixe Stellen 80%; Jahresbudget 170'000CHF). Kleinste von 16 Suchtpräventionsstellen im Kanton Zürich. Tätigkeitsfeld: Migration – Integration – Suchtprävention; Brückenfunktion, Zusammenarbeit mit interkulturellen MediatorInnen: Aufnahme von Bedürfnissen und Feedbacks seitens MediatorInnen. Integrativer Ansatz (keine Parallelstrukturen aufziehen, sondern Öffnung bestehender Institutionen), Vermittlung von Wissen um Angebote, Begleitung von KlientInnen
Ana Maria Witzig- Marinho Mitglied EKA	langjährige Arbeit im Beratungsbereich in Frauenfeld und u.a. in der BAFFAM (Beratungsstelle für Frauen und Familien mit Migrationshintergrund)	Vertritt Perspektive als Portugiesin und aus früherer Beratungsarbeit (nicht als MA der EKA)

<p>Juliet Sellathurai BAFFAM* 50% und Interkulturelle Übersetzerin <i>Comprendi</i> (* siehe oben)</p>	<p>Geografin/Soziologin, Unterricht an der Universität CH: NDS in Familienmediation, Zertifizierung als interkulturelle Übersetzerin</p>	<p>Fünf BeraterInnen (insgesamt 310%) Trägerorganisation vgb (Vereinigung für Beratung, Integrationshilfe und Gemeinwesenarbeit): Beratung in zehn Sprachen; Hauptthema Frauen und Familien: Alkoholsucht indirekt Thema über Probleme in der Familie; viele Kontakte zu ÜbersetzerInnen (z.B. zu Alkohol-Therapie Kliniken)</p>
<p>Umberto Castra Contact Netz</p>	<p>Sozialpädagoge Paar- und Familientherapeut bei Contact seit 2004 Leiter Contact Projekt Migration und Sucht 1994-2000 BAG Migration und Gesundheit</p>	<p>Angebot im Bereich illegale Substanzen im Kanton Bern, rund 130 Mitarbeitende Leistungsauftrag des Kantons Bern in drei Bereichen: Prävention, Therapie/Beratung und niederschwellige Arbeit Taskforce Migrationsbereich: versch. Regionen und Bereiche, die migrationsspezifische Arbeit fördern</p>
<p>Walter Grisenti Contatto</p>	<p>Sozialarbeiter und Gestalttherapeut Inhaber Firma Contatto seit 2002 Vorher: zehn Jahre beim Drop-In in Basel</p>	<p>Projektassistenzen, Marktprüfungsanalysen, Mandate im Bereich Männerarbeit, Aufbau transkulturelle Männerberatungsstelle, z. Zt. sechs freiwillige Mitarbeitende: Fokus: Einbezug Migrationsbevölkerung und Gender Vernetzung: Übersetzerinnen, Suchthilfe Region Basel, Gesundheitsdienst Stadt Basel, Sozialdienste Polizei, Opferhilfestelle, Frauenhaus</p>
<p>Gisella Bächli Blaues Kreuz Bern</p>	<p>Seit zwei Jahren beim BK Vorher: Suchtarbeit in Basel</p>	<p>125-jährige, auch international tätige Organisation. Ambulante Tätigkeiten in Prävention, Beratung, Nachsorge. Suchtberatung und Informationsstelle für Migranten in Thun seit März 2007</p>
<p>Serpil Sahin SAH Derman Schaffhausen</p>	<p>Interkulturelle Vermittlerin bei Derman Kursleiterin bei Coopera, berufliche Kontakte zu Menschen mit Sucht- und Gesundheitsproblemen</p>	<p>Unterschiedlichste Integrationsprojekte</p>
<p>Aynur Elibal Musub Basel</p>	<p>Psychologin, Paar- und Familientherapeutin Seit neun Jahren bei Musub</p>	<p>Musub = Teilprojekt des Blauen Kreuzes; von Migranten für Migranten Fokus Beratung und Therapie (in zehn Sprachen), Referate über Sucht, Gesundheitsförderung, psychosomatische Beschwerden, u.a. Gesundheitsthemen</p>

<p>Emine Sariaslan Suchthilfe Region Olten</p>	<p>Sozialarbeiterin und - pädagogin, Weiterbildung in systemisch- und lösungsorientierter Beratung und Therapie, Beratung im niederschweligen Bereich, Leitung Projekte zu Gesundheit (z.B. Depression und Stress), Kurse zu Tanzgymnastik und Bewegung in türkischem Verein in Bern (Wohnort) Vorher: Contact Mitarbeit. Aufbauarbeit des Projekts Migration und Sucht in Olten</p>	<p>Bereiche: Prävention, Wohnen, Arbeit und Beratung, nieder- und hochschwellige Angebote, allgemeine Suchtprobleme (Spiel, Drogen, Alkohol, etc.)</p>
--	--	--

2.2.4 Kurzbeschreibung des Samples Migrantinnen und Migranten

Im Zeitraum zwischen dem 1. Juni und dem 2. Oktober 2007 wurden **21 Gespräche** mit 22 Migrantinnen und Migranten durchgeführt. Diese dauerten in der Regel zwischen einer und zwei Stunden.

Alle Gespräche konnten ausgewertet werden. Die Gespräche wurden in 15 Fällen mit Hilfe einer **Übersetzerin** oder eines **Übersetzers** durchgeführt. Mit zwei Personen war eine Verständigung in der **Muttersprache** möglich, mit drei Personen wurde das Gespräch ausschliesslich in **Deutsch** (Mundart) geführt und mit einer Person wurde in einer gemeinsamen **Drittsprache** gesprochen. In einzelnen dieser Fälle waren ÜbersetzerInnen anwesend und wurden je nach Bedarf eingesetzt.

Es handelt sich bei den ausgewerteten Gesprächen um Interviews mit 10 **Männern** und 12 **Frauen**. Ein Gespräch wurde mit einem Ehepaar gemeinsam geführt (Herr und Frau E.). Die Interviewten sind zwischen **20 und 72 Jahren** alt (fünf Personen zwischen 20 – 30 Jahren, zwei Personen zwischen 31 – 40 Jahren, acht Personen zwischen 41 – 50 Jahren, fünf Personen zwischen 51 – 60 Jahren und zwei Personen über 60 Jahre alt). Die **Herkunft** der befragten Personen ist sehr unterschiedlich. Die MigrantInnen stammen ursprünglich aus der Türkei (6), aus Ländern Südamerikas (5), aus Ländern des ehemaligen Jugoslawien (5), aus Italien (2) und Sri Lanka (2) sowie aus Spanien (1) und Portugal (1).

Die GesprächspartnerInnen halten sich zum Zeitpunkt des Interviews unterschiedlich **lange in der Schweiz** auf, und zwar zwischen drei Monaten und 39 Jahren. Zwei Personen sind weniger als ein Jahr in der Schweiz, fünf zwischen einem und fünf Jahren, fünf Personen sind

zwischen sechs und zehn Jahren im Land, ebenfalls vier zwischen elf und 20 Jahren, fünf Personen sind zwischen 21 und 30 Jahren in der Schweiz und eine Person bereits über 30 Jahre.

Die Befragten haben unterschiedliche **rechtliche Papiere**, die ihnen den Aufenthalt in der Schweiz erlauben. Knapp die Hälfte verfügt über eine Niederlassungsbewilligung C (9). Einen Ausweis B haben vier Personen (davon zwei beantragt), einen anerkannten Flüchtlingsstatus haben zwei Personen, ebenfalls je zwei Personen sind eingebürgert oder haben einen Ausweis N, je eine Person hat einen Ausweis F oder L, bei einer Person ist der Aufenthaltsstatus unbekannt.

Gut zwei Drittel der befragten Personen sind **verheiratet** (15), drei sind geschieden (oder gerade in Scheidung stehend), drei Personen sind ledig, eine Person ist verwitwet. Ebenfalls zwei Drittel (15) haben eigene **Kinder**, davon leben neun mit diesen im gemeinsamen Haushalt. Zehn Personen leben mit Ehe- oder LebenspartnerIn gemeinsam in einem Haushalt, zwei Personen leben alleine, eine noch im elterlichen Haushalt.

2.2.5 Kurzportraits der Befragten von Frau A. bis Herrn Z.

In diesem Kapitel werden die Portraits der MigrantInnen ausführlicher präsentiert. Diese Fallbeschreibungen dienen einer Darstellung der Personen gemäss der Methode des thematischen Kodierens (vgl. Kapitel 2.1.2.) im Hinblick auf die Fragestellung und die zentralen Themen, die im Interview angesprochen wurden sowie der Erhaltung des Sinnzusammenhangs und der Auseinandersetzung jeder Person mit dem Thema.

Die Portraits werden in einer einheitlichen Struktur wiedergegeben: Zunächst steht das *Motto* des Falles als Titel zu jeder Fallbeschreibung. *Persönliche Daten, Herkunft, Aufenthaltsdauer und –status* sowie aktuelle *Wohnsituation* in der Schweiz bilden den Einstieg in die Darstellung. Es folgt eine Kurzschilderung der *sozio-ökonomischen Situation* der befragten Person, welche die *Ausbildung und berufliche Tätigkeit* (im Herkunftsland und in der Schweiz) sowie eine Schilderung der *Sprachkompetenzen* im Deutschen umfasst. *Soziale Kontakte, Freizeitbeschäftigung* und allgemeine *Lebenszufriedenheit* bilden einen nächsten thematischen Schwerpunkt. Schliesslich wird das *Konsumverhalten* bezüglich Alkohol und Tabak sowie die *Gesundheitskompetenz* der Befragten zusammenfassend dargelegt.

Persönliche Daten der InterviewpartnerInnen wurden soweit **anonymisiert**, dass ein Rückschluss auf die real existierenden Personen nicht möglich ist. Aus Gründen der

Anonymität wird in den Kurzportraits nicht explizit erwähnt, aus welchem Land eine Person stammt.

Die Portraits der Befragten werden in der chronologischen Reihenfolge der Durchführung der Gespräche präsentiert. Wir haben den Personen die Namen des Alphabetes gegeben und beginnen so bei Frau A. und schliessen die Runde mit Herrn Z. ab.

Frau A. (über ihren Ehemann): Der Ehemann, der sich zu Tode trinkt

Herr A. migrierte im Alter von 17 Jahren in die Schweiz und ist zum zweiten Mal verheiratet. Seine jetzige Frau stammt aus derselben Herkunftsregion, ist 54 Jahre alt und zog vor sieben Jahren als Heiratsmigrantin in die Schweiz. Das Ehepaar A. hatte sich in ihrer Heimatregion kennengelernt, als Herr A. dort in den Ferien war. Frau A. kam zunächst für zwei Monate in die Schweiz, um ihren zukünftigen Ehemann in seiner Schweizer Lebenswelt kennenzulernen.

Das Ehepaar A. lebt gemeinsam in einer Dreieinhalb-Zimmer Wohnung. Frau A. ist mit den Wohnverhältnissen sehr zufrieden. Die Grösse stimmt und es gibt viele Kontakte in der Nachbarschaft, in der sowohl die Schwester von Herrn A. als auch viele Landsleute leben. (Im Gespräch werden keine Angaben zum Aufenthaltsstatus gemacht.)

Herr A. führte mit seiner ersten Ehefrau in der Schweiz ein Restaurant. Später arbeitete er in einer Druckerei. Vor vier Jahren verlor Herr A. seinen Arbeitsplatz. Häufige Absenzen, Arbeiten im alkoholisierten Zustand und mehrere Spitalaufenthalte, in denen er wiederholt Alkoholentzüge durchführte, waren vermutlich die Auslöser dafür, dass ihm gekündigt wurde.

Die Alkohol- und Nikotinabhängigkeit von Herrn A. respektive sein sehr hoher Konsum haben zu ernsthaften, lebensbedrohlichen Erkrankungen und Sekundärfolgen geführt. Kurz bevor Frau A. in die Schweiz kam, erlitt Herr A. einen schwerwiegenden Herzinfarkt, später folgten noch zwei weitere Infarkte. Ausserdem leidet Herr A. an Leberzirrhose. Vor einer Woche hatte er einen erneuten Zusammenbruch, er erbrach Blut und wurde daraufhin in ein Krankenhaus eingeliefert. Herr A. ist zurzeit sehr geschwächt und kann sich ohne fremde Hilfe nicht fortbewegen.

Frau A. erzählt, dass sie unter der sich steigernden Aggression und Gewalttätigkeit und unter den verbalen Beleidigungen ihres Ehemannes im Zusammenhang mit seinem Alkoholkonsum stark leide. Sie spricht von Todesängsten und der Isolation, die sie erlebt, weil sie auch mit ihrer Familie nicht darüber spricht. Sie erwähnt einzig den Hausarzt und die Suchtberaterin, die ihren Mann betreuen und behandeln und aus ihrer Sicht umfangreiche Unterstützung und Hilfe leisten.

Frau A. berichtet, dass es umfangreiche Kontakte mit Landsleuten in der Nachbarschaft gibt, aber sie bewertet diese negativ. Mit SchweizerInnen hat Frau A. keinen Kontakt. Sie hat gute Beziehungen zu ihren Arbeitskolleginnen aus der Reinigungsbranche. Die Pflege und Betreuung ihres Ehemannes nimmt soviel Raum ein, dass Frau A. keine Zeit für anderweitige Kontakte mehr bleibt.

Früher hatte Frau A. eine gute Beziehung zu ihrer Schwägerin. Sie macht keine expliziten Angaben darüber, ob sich die Schwägerin aufgrund der Suchtproblematik ihres Bruders zurückgezogen hat. Die schwere Krise vor einer Woche bewegte die Schwester von Herrn A. dazu, zu Besuch zu kommen und Bekannte über den desolaten Gesundheitszustand von Herrn A. zu informieren, weil sie annahm, dass er sterben könnte.

Früher hatte Herr A. engen Kontakt mit seinen Kollegen aus der Druckerei. Diese riefen Herrn A. während ihrer Abwesenheit an, um sich nach seiner Ehebeziehung zu ihr zu erkundigen. Die Kollegen nahmen an, dass sein hoher Alkoholkonsum auf eheliche Probleme zurückzuführen wäre. Frau A. störte das damals sehr und sie erreichte, dass die Kontakte schliesslich abgebrochen wurden.

Bei Herrn A. liegt sowohl in Bezug auf seinen Alkohol- als auch in Bezug auf seinen Nikotinkonsum eine ausgeprägte Suchtproblematik vor. Herr A. trinkt und raucht ununterbrochen.

Der Nikotinkonsum von Herrn A. war stets von morgens bis nachts durchgängig hoch, nur während seiner Tätigkeit in der Druckerei konnte er während der Arbeitszeit nicht rauchen.

Sein Alkoholkonsum ist ebenfalls seit vielen Jahren sehr hoch. Während Herr A. mit seiner Ex-Frau das Restaurant betrieb, trank er nach Aussagen seiner Kollegen bereits sehr viel Alkohol. .

Als Frau A. ihren späteren Ehemann probenhalber für zwei Monate in der Schweiz besuchte, konsumierte er ein bis zwei Bier pro Abend, ansonsten tranken sie zusammen Tee.

Nachdem Frau A. definitiv zu Herrn A. in die Schweiz migrierte, veränderte sich sein Konsumverhalten. Während seiner Erwerbstätigkeit in der Druckerei stand Herr A. nachts auf, um Alkohol zu trinken und ging entsprechend im angetrunkenen Zustand zur Arbeit. An den Wochenenden trank er sieben Liter Wein.

Bevor Herr und Frau A. heirateten, hatte Herr A. bereits einen Alkoholentzug gemacht. Es folgten noch vier weitere. Die Abfolge war immer gleich: zuerst machte er die Entgiftung im Spital, dann folgte eine stationäre Therapie. Herr A. war jedoch zu keinem Zeitpunkt abstinenzorientiert, denn an den Wochenenden hat er stets Alkohol konsumiert. Die stationären Therapien hielt Herr A. in vier von diesen fünf Fällen durch. Danach wurde er jedoch jeweils vollumfänglich rückfällig.

Das Gespräch mit Frau A. wurde mit Unterstützung ihrer Suchtberaterin in Deutsch und ihrer Herkunftssprache geführt.

Frau B.: Die kontrollierte Konsumentin

Frau B. ist 39 Jahre alt und vor drei Monaten in die Schweiz migriert. Sie ist mit einem Schweizer verheiratet. Aufgrund der Heiratsmigration hat Frau B. zum Zeitpunkt des Interviews eine Kurzfristaufenthaltsbewilligung, der Ausländerausweis Status B ist beantragt, liegt aber noch nicht vor. Das Ehepaar lebt in einer Stadt und hat ein Einzimmer-Studio unter dem Dach gemietet. Die Wohnung ist für zwei Personen recht klein, Frau B. wünscht sich eine grössere Wohnung, aber das Wohnviertel ist ruhig und gefällt Frau B.

Frau B. besuchte in ihrem Herkunftsland zwölf Jahre die Schule und schloss diese mit der Hochschulreife ab. Anschliessend absolvierte sie eine Ausbildung als technisch administrative Fachkraft. Sie arbeitete neun Jahre in dieser Funktion in einer Institution der privaten Gesundheitsversorgung. Bevor Frau B. in die Schweiz umzog, lebte sie alleine. In der Schweiz hat sie bislang noch keine Erwerbstätigkeit aufgenommen.

Vor ihrer Einreise in die Schweiz hatte Frau B. keine Deutschkenntnisse. In den ersten drei Monaten nach ihrer Ankunft hat sie autodidaktisch Deutsch gelernt. Zum Zeitpunkt des Interviews hat Frau B. einen Intensiv-Deutschkurs begonnen, den sie täglich vormittags besucht.

Mit der Familie ihres Ehemannes hat Frau B. regelmässigen Kontakt. Sie treffen sich ein- bis zweiwöchentlich und telefonieren drei bis vier Mal pro Woche. Mit ihrer Familie im Herkunftsland pflegt Frau B. sehr regelmässigen Kontakt, sie ruft dort vier bis fünf Mal pro Woche an. Mit FreundInnen in ihrer Heimat tauscht sich Frau B. täglich via Email aus.

Ausserhalb des familiären Kontextes hat Frau B. vor allem regelmässigen Kontakt mit den MitschülerInnen des Deutschkurses. Ausserdem leistet Frau B. seit kurzem jeweils samstags Freiwilligenarbeit in der Schulbibliothek einer MigrantInnengemeinschaft. Diese Tätigkeit macht ihr Spass und sie lernt dort unabhängig von ihrem Mann MigrantInnen aus ihrem Sprachraum kennen. Mit SchweizerInnen hat Frau B. kaum Kontakt, auch in der Nachbarschaft findet nur wenig Austausch statt.

Bei Frau B. liegt keine essentielle Suchtproblematik vor. Sie raucht seit zehn Jahren stets drei Zigaretten, ihr Ehemann im Durchschnitt eine Schachtel Zigaretten pro Tag. Beide rauchen nicht in der Wohnung und auch BesucherInnen dürfen nicht in der Wohnung rauchen.

Alkohol trinkt Frau B. ebenfalls seit rund zehn Jahren. In ihrem Herkunftsland hat sie nur bei besonderen Familienanlässen Wein getrunken. In der Schweiz trinkt Frau B. etwa zwei Mal pro Monat ein bis zwei Gläser Wein zum Essen, oder sie trinkt ein Bier, wenn sie mit ihrem Ehemann und Freunden im Ausgang ist.

Das Gespräch wurde in der Muttersprache von Frau B. geführt.

Frau C.: Die engagierte Nichtraucherin

Frau C. ist 27 Jahre alt und vor acht Monaten in die Schweiz migriert. Sie hat in dieser Zeit ihren jetzigen Ehemann, einen Schweizer, geheiratet. Die Heiratsmigration sichert ihr den Ausländerausweis B, den sie bereits beantragt hat. Sie lebt gemeinsam mit ihrem Ehemann in einer Stadt, sie mieten eine Parterre-Wohnung, die über einen direkten Zugang zum Garten verfügt. Frau C. ist sehr zufrieden mit der Wohnung und dem Wohnort. Die Grösse stimmt, das Viertel ist ruhig und gleichzeitig sehr gut an das öffentliche Transportsystem angeschlossen. Ausserdem leben FreundInnen und Familienangehörige in der unmittelbaren Umgebung. Die Nachbarschaft ist freundlich und aufgeschlossen.

Frau C. stammt aus der oberen Mittelschicht, ihre Mutter ist Ärztin. In ihrem Herkunftsland schloss Frau C. ihre Schulausbildung nach zwölf Jahren mit der Hochschulreife ab. Daran anschliessend studierte sie Architektur und beendete ihr Studium nach sechs Jahren mit dem Bachelor. Danach arbeitete Frau C. ein Jahr lang als Architektin. Frau C. studierte ausserdem aus Interesse Musik, ohne aber dieses Studium abzuschliessen. Sie sang in einem Kirchenchor als Solistin und nahm zusätzlich privaten Gesangsunterricht.

In der Schweiz ist Frau C. bislang nicht erwerbstätig. Sie absolviert seit acht Monaten einen Intensiv-Deutschkurs, der fünf Mal pro Woche vormittags stattfindet. Vor der Migration hatte Frau C. keine Deutschkenntnisse. Ihre passive Sprachkompetenz in Deutsch ist bereits gut, Frau C. versteht schon recht viel Deutsch, spricht aber noch wenig. Es reicht zurzeit für lebenspraktische Aktivitäten.

Frau C. hat regen Kontakt in der Nachbarschaft. Da ihre Wohnung über einen direkten Zugang zu einem grossen Garten verfügt, schauen viele NachbarInnen über den Garten mal kurz vorbei. Frau C. trifft sich auch regelmässig mit TeilnehmerInnen des Deutschkurses, viele wohnen ganz in ihrer Nähe. Auch ihre Schwägerin trifft Frau C. häufig, denn die wohnt nur drei Häuser weiter. Da ihre Schwiegereltern nicht in derselben Stadt leben, besuchen sie sich nur einmal pro Monat.

Auch Verwandte aus ihrer Heimat leben in der Schweiz und in Deutschland. Zwei Tanten, die je mit einem Schweizer verheiratet sind, trifft Frau C. einmal pro Monat. Die ‚deutschen‘ Tanten besucht sie nur bei besonderen Anlässen, wie zum Beispiel Geburtstagen. Aber mit allen Tanten telefoniert sie mehrmals wöchentlich.

Mit ihrer Familie im Herkunftsland tauscht Frau C. sich vor allem per Email aus und ruft zusätzlich einmal pro Monat dort an. Frau C. pflegt, ausser zu ihren Verwandten, keinen Kontakt zu anderen MigrantInnen in der Schweiz.

Bei Frau C. liegt keine Suchtproblematik vor, demgegenüber verfügt sie eindeutig über eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz. Um sich fit zu halten, geht sie einmal pro Woche joggen. Frau C. raucht überhaupt nicht. Ihre Mutter klärte sie umfangreich über die schädlichen Wirkungen von Nikotin auf. Auch alle weiteren Familienmitglieder in ihrem Herkunftsland sind NichtraucherInnen. Frau C. rauchte vielleicht fünf Mal in Ihrem Leben eine Zigarette. Daraufhin schmerzten ihr Rachen und Lungen. Frau C. erlebt auch Passivrauchen als massive Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens, sie meidet Umgebungen, in denen geraucht wird, bzw. verlässt diese nach kurzer Zeit. Während des Studiums engagierte sich Frau C. auf dem Uni-Campus gemeinsam mit Kommilitoninnen für rauchfreie Zonen.

Der Ehemann von Frau C. rauchte drei Zigaretten pro Tag. Seiner Frau zuliebe hat er das Rauchen aufgegeben, denn sie fühlte sich durch den Rauch und den Mundgeruch des Ehemannes in ihrem Wohlsein eingeschränkt. Er war das einzige rauchende Familienmitglied in der Schweiz.

Frau C. trinkt seit ihrem 20. Lebensjahr Alkohol. In ihrem Herkunftsland trank sie erheblich weniger als jetzt in der Schweiz. Innerhalb der Familie in der Heimat wird Wein nur zu sehr besonderen Anlässen, wie zum Beispiel Weihnachten oder Sylvester, serviert. Normalerweise trinkt man Erfrischungsgetränke wie zum Beispiel Coca Cola, Wasser oder Fruchtsäfte und bietet diese auch Gästen an.

In der Schweiz trinkt Frau C. zwei bis drei Mal pro Woche Wein zum Essen. Ihr Ehemann hatte diese Gewohnheit, die Frau C. übernommen hat, denn sie geniesst den Wein als Begleitung zum Essen. Wenn Gäste zum Essen eingeladen sind, bieten Frau C. und ihr Ehemann einen Apéro an, und an einem solchen Anlass mit Gästen werden etwa zwei Flaschen Wein gemeinsam konsumiert.

Das Gespräch wurde in der Muttersprache von Frau C. geführt.

Frau D.: Von der Gelegenheitsraucherin zur bewussten Nichtraucherin im Alter

Frau D. ist 72 Jahre alt, verwitwet und vor vier Jahren in die Schweiz migriert. Sie verfügt über den Ausländerausweis F, eine vorläufige Aufenthaltsbewilligung, die jährlich neu beantragt werden muss. Frau D. hat drei erwachsene Kinder, von denen zwei in ihrem Herkunftsland leben. In der Schweiz lebt Frau D. gemeinsam mit ihrer Tochter und ihrem Enkelsohn in einer Wohnung, die sie als zu eng empfindet.

Frau D. schloss eine fünfjährige Primarschule ab. Später arbeitete sie in ihrem Herkunftsland als Leiterin von Nähkursen. Da sie pensioniert ist, geht sie in der Schweiz keiner Erwerbstätigkeit nach.

Vor ihrer Migration in die Schweiz hatte Frau D. keine Deutschkenntnisse. In der Schweiz absolvierte sie zwei Deutschkurse, die je vier Monate dauerten. Dadurch kann sie einiges verstehen, spricht selber aber kein Deutsch.

Es leben noch andere Familienangehörige von Frau D. in der Schweiz, die sie häufig trifft. Ausserdem kennt Frau D. viele Personen aus ihrem, aber auch aus anderen Herkunftsländern, die sie regelmässig besucht. Frau D. geht ausserdem jeden Sonntag in einen katholisch-muslimischen Gottesdienst einer ökumenischen Kirche, wo SchweizerInnen und MigrantInnen unterschiedlicher Herkunft zusammenkommen.

Bei Frau D. liegt keine Suchtproblematik vor, vielmehr verfügt sie über eine Gesundheitskompetenz, die sie auch an andere Familienangehörige weiterzugeben versucht. Sie raucht heute überhaupt nicht mehr, hatte aber andere Phasen in ihrem Leben. Mit 40 Jahren hatte Frau D. begonnen, ab und an eine Zigarette zum Genuss zu rauchen. Sie gab das Rauchen später wieder vollständig auf. Sie kaufte in dieser Zeit selber nie Zigaretten, sondern rauchte, wenn ein Päckchen zu Hause herum lag. Ihre vier Geschwister rauchten alle, drei gaben, nachdem bei ihnen Krebs diagnostiziert wurde, das Rauchen vollständig auf. Auch ihr ältester Sohn rauchte viel, was Frau D. sehr störte.

Wenn Familienangehörige sie besuchen, darf in ihrer Wohnung nicht geraucht werden. Das führte bereits dazu, dass die Familienmitglieder aus der Heimat ihren Konsum erheblich einschränkten, weil sie das Rauchen auf dem winterlichen Balkon nicht mehr als genussvoll empfanden. Zusätzlich sprachen Frau D. und ihre Tochter mit diesen Familienangehörigen über die schädlichen Folgen des Nikotinkonsums.

Frau D. achtet auf ausreichende Bewegung an der frischen Luft und geht ca. zehn km täglich zu Fuss.

Das Gespräch wurde mit Unterstützung eines Übersetzers in der Muttersprache von Frau D. geführt.

Herr E: Abstinente durch Diabetes-Erkrankung

Frau E: Rauchen als einzige Freude

Frau E. migrierte vor sechs Jahren, Herr E. vor fünf Jahren in die Schweiz, beide verfügen über den Aufenthaltsstatus N. Sie sind je 54 Jahre alt und haben drei erwachsene Kinder. Ihre Tochter lebt in Deutschland, die zwei Söhne migrierten ebenfalls in die Schweiz. Das Ehepaar E. lebt gemeinsam mit einem Sohn in einer Mansardenwohnung, die sie für drei Personen als zu eng empfinden.

Frau E. absolvierte in ihrem Herkunftsland eine Mittelschule, die gleichzeitig eine Ausbildung für das Schneiderhandwerk beinhaltete. Sie hat reproduktive Arbeit als Hausfrau und Mutter geleistet und ist der Schneiderei als Hobby nachgegangen. Herr E. studierte Wirtschaftswissenschaften an der Hochschule. Er macht weder zu seinem Abschluss noch zu seiner Berufstätigkeit präzise Angaben.

Seit ihrer Migration in die Schweiz sind Frau und Herr E. nicht erwerbstätig. Ihr Sohn, der mit ihnen die Wohnung teilt, unterstützt sie finanziell.

Vor der Migration in die Schweiz hatten Frau und Herr E. keine Deutschkenntnisse. Danach besuchte Herr E. einen Deutschkurs. Frau E. hingegen absolvierte keinen Sprachkurs, versteht aber etwas Deutsch und versucht im Alltag ihre Deutschkenntnisse soviel wie möglich einzusetzen.

Das Ehepaar E. macht keine Angaben über Kontakte zur Familie im Herkunftsland. Die Schwester eines Ehepartners lebt in der unmittelbaren Nachbarschaft. Frau und Herr E. wünschen sich mehr Kontakt zu SchweizerInnen und MigrantInnen anderer Herkunftsländer und möchten deswegen auch ihre Deutschkenntnisse verbessern. Sie haben umfangreiche Kontakte zu Landsleuten in der Schweiz.

Herr E. ist Mitglied einer politischen Partei und beteiligt sich auch an politischen Aktivitäten. Frau E. besucht einen Frauenstammtisch, der zweimonatlich in einem Quartierzentrum stattfindet.

Bei Frau E. liegt eine Suchtproblematik in Bezug auf den Zigarettenkonsum vor, Alkohol hingegen konsumiert sie überhaupt nicht. Sie begann mit etwa 16 Jahren zu rauchen und hat stets zwischen ein und zwei Päckchen Zigaretten pro Tag geraucht. In Situationen, die sie als belastend empfindet, steigert sie ihren Zigarettenkonsum. Dazu zählen auch schwierige Momente im Alltag sowie Beklemmungsgefühle, die durch die beengte Wohnsituation ausgelöst werden. Aufgrund der schwierigen ökonomischen Lage verbringt Frau E. viel Zeit in der Wohnung, sie leidet darunter, für Aktivitäten ausserhalb der Wohnung wenig bis keinen Gestaltungsspielraum zu haben. Rauchen betrachtet sie als ihr Hobby, das Einzige, das ihr bleibt und Freude macht.

Bei Herrn E. lag früher eine Suchtproblematik vor. Seit seinem 16. Lebensjahr rauchte er 35 Jahre lang rund zwei Päckchen Zigaretten pro Tag und trank regelmässig jeden Abend Alkohol. Vor vier Jahren wurde bei ihm Diabetes diagnostiziert und sein Hausarzt klärte ihn umfangreich über mögliche schwerwiegende gesundheitliche Auswirkungen und Folgen von Nikotin- und Alkoholkonsum im Zusammenhang mit seiner Diabetes-Erkrankung auf. Daraufhin hörte Herr E. auf zu rauchen, ohne zusätzliche Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen. Auch seinen Alkoholkonsum reduzierte er drastisch, Herr E. trinkt nur noch ein Mal pro Woche Alkohol.

Das Gespräch mit Frau und Herrn E. hat in ihrer Muttersprache mit Unterstützung eines Übersetzers stattgefunden. Die gemeinsame Durchführung des Gesprächs mit beiden Ehepartnern führte dazu, dass divergierende Ansichten und Einschätzungen von Frau E. wenig Raum hatten. Der Übersetzer kommentierte die Gesprächssituation im Anschluss dahingehend, dass Frau E. vor ihrem Mann nicht frei sprechen konnte.

Frau F.: Kontrollierter Konsum als soziales Vergnügen

Frau F. ist 33 Jahre alt und vor zwei Jahren in die Schweiz migriert. Frau F. lebt gemeinsam mit ihrem Schweizer Ehemann, durch ihre Heirat ist der Aufenthaltsstatus B gesichert. Sie ist mit den Wohnverhältnissen sehr zufrieden, die Lage ist zentral und dennoch ruhig, und die Wohnung beurteilt sie als komfortabel.

Frau F. machte in ihrem Herkunftsland einen technischen Berufsabschluss. Sie arbeitete zunächst zwei Jahre als Programmiererin, daran anschliessend fünf Jahre als Reisekauffrau in der Tourismusbranche. In der Schweiz hat sie noch keine Erwerbstätigkeit aufgenommen, sie möchte zunächst ihre Deutschkenntnisse verbessern. Seitdem sie in der Schweiz lebt, hat sie mehrere Deutschkurse besucht. Ihr passives Sprachverständnis in Deutsch ist bereits recht gut, aber das Sprechen fällt ihr schwer. Sie versucht es vor allem beim Einkaufen oder auf Festen mit den FreundInnen ihres Mannes.

Frau F. pflegt den Kontakt mit ihrer Familie im Herkunftsland durch regelmässige Telefonate und den Austausch von Emails. In der Schweiz trifft sie sich mit anderen TeilnehmerInnen der Sprachkurse und hat regelmässige Kontakte mit den Verwandten bzw. FreundInnen des Ehemannes.

Bei Frau F. liegt keine Suchtproblematik vor, sie raucht selten und konsumiert massvoll Alkohol. Das entspricht dem Gesundheitsmotto ihrer Eltern, demzufolge jeglicher exzessiver Konsum negativ ist. In ihrer Familie im Herkunftsland sind alle NichtraucherInnen. Nur ein Grossvater von Frau F. war starker Raucher, er verstarb, zehn Jahre nachdem er aufgehört hatte zu rauchen, an Sekundärfolgen des Nikotinkonsums. Bei seiner Ehefrau sind Folgen des Passivrauchens in den Lungen festgestellt worden.

Frau F. begann mit 14 Jahren zu rauchen, zunächst selten. Zwischen ihrem 16. und 20. Lebensjahr war ihr Zigarettenkonsum höher, denn Rauchen steht für sie in Verbindung mit sozialen Anlässen. In dieser Zeit traf sie sich häufiger mit FreundInnen und sie nahm öfter an Festen und Feiern teil. Auch heute raucht sie vor allem, wenn sie in Gesellschaft ist, entweder mit FreundInnen in einem Cafe oder auf einem Fest. Sie hat sich nie vorgenommen, den Zigarettenkonsum generell einzuschränken, denn es bereitet ihr keine Mühe, auf das Rauchen zu verzichten. Das tut sie ohnehin, wenn sie mit Personen zusammen ist, die Passivrauchen als unangenehm empfinden, oder wenn Kinder in ihrer Nähe sind. Zudem raucht Frau F. grundsätzlich nicht, wenn sie zu Hause oder alleine unterwegs ist.

Mit 13 Jahren begann Frau F. ab und an Alkohol zu konsumieren. Auch ihr Alkoholkonsum war lediglich in der späten Teenagerphase aus denselben Gründen wie der Tabakkonsum erhöht und fand bei Festen in einer Gruppe von FreundInnen statt. Für Frau F. steht das Trinken seit jeher im Zusammenhang mit Vergnügen und war nie eine Mittel, um auf schwierige Lebenssituationen oder -konflikte zu reagieren.

In der Schweiz trinkt Frau F. häufig, aber dennoch nicht täglich Wein zum Essen. In ihrem Herkunftsland ist das nicht üblich. Dennoch hat sich ihr Alkoholkonsum generell nicht gesteigert, denn in der Schweiz geht sie seltener aus. Grundsätzlich vermeidet Frau F. Alkohol zu trinken, wenn sie mit unbekanntem Personen zusammen ist oder sich in einer fremden Umgebung befindet, denn sie möchte sich selbst und die Situation kontrollieren können.

Frau F. ist sich auch bewusst, dass gute Ernährung und Sport wichtig für ihr körperliches Wohlbefinden sind. In der Schweiz war sie vorübergehend Mitglied in einem Fitnessclub, zurzeit treibt sie keinen Sport.

Das Gespräch wurde in der Muttersprache von Frau F. mit Unterstützung einer Übersetzerin geführt.

Frau G.: Die überzeugte Abstinente

Frau G. ist 28 Jahre alt und migrierte vor sieben Jahre aus einem aussereuropäischen Land in die Schweiz. Sie ist mit einem Schweizer verheiratet, das Ehepaar hat ein gemeinsames dreijähriges Kind. Frau G. verfügt deswegen bereits jetzt über den Aufenthaltsstatus C. Zunächst lebte das Ehepaar G. vier Jahre im Tessin, vor drei Jahren wechselten sie in die Deutschschweiz. Vor kurzem ist Familie T. in eine andere deutschschweizerische Stadt umgezogen. Frau T. ist mit der neuen Wohnsituation sehr zufrieden, sie schätzt die ruhige Lage und die Grösse der Wohnung.

In ihrem Herkunftsland besuchte Frau G. fünf Jahre die Primarschule und sechs Jahre die Sekundarschule, absolvierte aber keine Berufsausbildung. Sie arbeitete von ihrem 12. bis 18. Lebensjahr in der Schuhproduktion, danach war sie im Restaurant des Grossvaters tätig.

In der Schweiz war sie acht Monate bei einem Reinigungsunternehmen angestellt. Seit fünf Jahren ist sie nicht mehr erwerbstätig, sondern leistet reproduktive Arbeit als Hausfrau und Mutter. Frau G. würde gerne wieder eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.

Frau G. spricht italienisch und verfügt über passive Sprachkompetenz im Deutschen. Sie hat mehrere Deutschkurse besucht und sich mit der Grammatik beschäftigt, aber das Sprechen fällt ihr sehr schwer.

Frau G. hat regelmässigen Kontakt mit der Familie ihres Mannes und telefoniert regelmässig mit ihrer Familie im Herkunftsland. Momentan hat sie noch nicht viel Austausch in der Nachbarschaft, da Familie G. gerade erst umgezogen ist.

Frau G. verfügt über eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz. Sie raucht nicht, trinkt überhaupt keinen Alkohol und achtet auf ihre Ernährung. Sie informiert sich im Fernsehen über Gesundheitsthemen und kritisiert, dass in der Schweiz zu wenig Informationsmaterial in ihrer Herkunftssprache verfügbar ist.

Sowohl das aktive wie das passive Rauchen betrachtet Frau G. als gesundheitsschädigend. Es stört sie, wenn jemand in ihrer Umgebung raucht und folglich dürfen auch BesucherInnen in der Regel nicht in ihrer Wohnung rauchen.

Alkohol konsumierte Frau G. ein einziges Mal, mit 15 Jahren. Sie hat seitdem keinen Tropfen mehr angerührt. Frau G. führt den Kontrollverlust durch Alkoholkonsum als zentrales Argument für ihre absolute Alkoholabstinenz an. Sie weist auf die Gefahr für Frauen hin, in alkoholisiertem Zustand sexuell missbraucht zu werden. Ausserdem beschreibt sie die Alkoholsucht eines Onkels im Herkunftsland als abschreckendes Beispiel. Dieser begann mit 15 Jahren nach dem Tod seiner Mutter seinen Kummer darüber in Alkohol zu ertränken und hat später seine Sucht nie überwinden können. Frau G. hält fest, dass die Alkoholabhängigkeit des Onkels seine Gesundheit und seine sozioökonomische Situation nachhaltig geschädigt hat.

Frau G. ist überzeugt davon, dass ein glückliches und zufriedenes Leben für die Gesundheit wichtig ist. Sie vertritt die Auffassung, dass es zentral ist, Probleme nicht in sich hinein zu fressen, sondern mit anderen Personen zu besprechen.

Das Gespräch hat in der Muttersprache von Frau G. mit Unterstützung einer Übersetzerin stattgefunden.

Herr H.: Die Zigarette als bester Freund

Herr H. ist 42 Jahre alt, geschieden und hat eine 13-jährige Tochter, die im Herkunftsland lebt. Vor drei Jahren migrierte Herr H. als politischer Flüchtling in die Schweiz. Er verfügt über den asylrechtlichen Aufenthaltsstatus F, das bedeutet, Herr H. ist vorläufig aufgenommen und muss die Verlängerung der Aufenthaltsbewilligung jährlich erneut beantragen. Herr H. lebt alleine und ist mit seinen Wohnverhältnissen insgesamt zufrieden.

Herr H. absolvierte in seinem Herkunftsland eine Hochschulausbildung, konnte seinen Abschluss aufgrund politischer Verfolgung nicht zu Ende bringen, war aber dennoch in seinem erlernten Beruf tätig. Er wurde aus politischen Motiven für acht Jahre inhaftiert. Aus Protest gegen die Inhaftierung und gegen die Haftbedingungen trat er während dieser Zeit in einen Hungerstreik. In der Schweiz würde Herr H. gerne ein Studium aufnehmen, aber es bestehen Zulassungsbeschränkungen aufgrund seines Alters. Seit einem Monat partizipiert er an einem Beschäftigungsprogramm und arbeitet in einem Ladengeschäft. Sein grosser Wunsch ist, sich weiterzubilden, um sich neue Perspektiven zu eröffnen.

Seitdem Herr H. in der Schweiz lebt, lernt er sehr intensiv Deutsch. Er hat einige Sprachkurse besucht und ist in seinem Selbststudium sehr diszipliniert, in seiner Wohnung hängen Grammatikregeln und Vokabelübungen an den Wänden. Während des Interviews kann er zum Teil die Fragen verstehen und auf Deutsch antworten. Im Alltag setzt er seine Sprachkenntnisse ebenfalls aktiv ein.

Herr H. hat sowohl mit Landsleuten als auch mit SchweizerInnen Kontakt. Die Beziehung zu seiner Tochter hält er via Internet aufrecht, der Kontakt zu einer Schwester, die ebenfalls in der Schweiz lebt, findet eher selten statt.

Herr H. leidet unter physischen und kognitiven Einschränkungen sowie psychischen Beschwerden, die aus den Haftbedingungen resultieren. Seine Gedächtnisfähigkeit war zeitweilig erheblich eingeschränkt. Heute sind die physischen Beschwerden geringer als in der Vergangenheit. Weil seine psychischen Probleme persistieren, hat Herr H. eine therapeutische Behandlung aufgenommen.

Herr H. achtet auf seine Ernährung und kocht selber. Dagegen übt er keinerlei sportliche Aktivitäten aus.

Bei Herrn H. liegt eine Nikotin-Suchtproblematik vor. Demgegenüber konsumiert er überhaupt keinen Alkohol. Die Alkoholabstinenz begründet er damit, dass er stets die vollkommene Kontrolle über sich haben möchte. Religiöse Motive spielen für ihn keine Rolle. Auch in seinem Freundes- und Familienkreis trinkt niemand Alkohol.

Mit dem Rauchen begann Herr H. im Alter von 14 Jahren. Während der Zeit seiner Inhaftierung steigerte Herr H. seinen Zigarettenkonsum, er rauchte rund drei Päckchen Zigaretten pro Tag. Seit einem Jahr hat er den Zigarettenkonsum auf etwa ein Päckchen pro Tag reduziert. Meistens dreht er aus Kostengründen die Zigaretten selber. Wenn er zu Hause ist, raucht Herr H. viel, auch parallel zu anderen Tätigkeiten. Gäste dürfen bei ihm ebenfalls in der Wohnung rauchen. Während der Arbeit im Ladengeschäft ist das Rauchen untersagt. Auch bei SchweizerInnen zu Hause darf er oft nicht innerhalb der Wohnung rauchen, er weicht dann auf den Balkon aus. Unabhängig davon achtet Herr H. darauf, dass er andere Menschen in seiner direkten Umgebung durch das Passivrauchen nicht stört, insbesondere nimmt er Rücksicht auf Kinder. Ohne äusseren Druck würde er aber nicht auf das Rauchen verzichten. Herr H. raucht mehr Zigaretten, wenn er sich nicht wohl fühlt. Die Auslöser dafür können aktuelle ökonomische aber auch soziale Problemsituationen sein, als auch psychische Krisen, die mit den Erlebnissen während der Haftzeit zusammenhängen. Die Zigarette bezeichnet er als seinen besten Freund, der ihn unterstützt.

Das Gespräch wurde mit Unterstützung eines Übersetzers geführt.

Herr I.: Von der starken Abhängigkeit zum starken Vorbild

Herr I. ist 48 Jahre alt, migrierte vor 24 Jahren in die Schweiz und verfügt über den Aufenthaltsstatus C. Seit drei Jahren lebt er alleine, da seine Ehefrau und die gemeinsamen zwei Töchter in ihr Herkunftsland zurückgekehrt sind. Herr I. ist mit seinen Wohnverhältnissen insgesamt zufrieden, aber er vermisst seine Familie sehr. In zwei bis drei Jahren möchte er ebenfalls in seine Heimat zurückkehren.

Herr I. absolvierte in seinem Herkunftsland die obligatorische Schulausbildung und machte im Anschluss daran eine Berufsausbildung als Zimmermann. Er ging bei seinem Vater, der über einen Meistertitel verfügt, in die Lehre. Nach dem Abschluss der Berufsausbildung arbeitete Herr I. sieben Jahre mit seinem Vater zusammen. In der Schweiz ist Herr I. bis zum heutigen Tag stets in seinem erlernten Beruf erwerbstätig gewesen.

Herr I. verfügt über diverse Fremdsprachenkenntnisse: er spricht Italienisch, Spanisch und sehr wenig Berndeutsch. Da sein Chef 24 Jahre lang mit ihm nur Italienisch gesprochen hat, beherrscht er diese Schweizer Landessprache am Besten. Für institutionelle Formalitäten in Deutsch benötigt Herr I. Hilfe.

Herr I. telefoniert täglich mit seiner Ehefrau und den Töchtern. Auch den Kontakt zu seinen Eltern und Geschwistern hält er über das Telefon aufrecht. Im August, zur Ferienzeit, sowie zu Weihnachten trifft sich die ganze Familie im Herkunftsland: dann reisen neben Herrn I. auch zwei weitere Geschwister aus dem europäischen und dem aussereuropäischen Ausland an.

In der Schweiz verbringt Herr I. seine Freizeit ausschliesslich mit Landsleuten. Die regelmässigen Treffen finden im Gemeinschaftszentrum eines herkunftsspezifischen MigrantInnenvereins statt. Herr I. engagiert sich auch aktiv in diesem Verein, bis vor einem Jahr war er Präsident. Zudem spielt er Fussball in einem Club, der ebenfalls dem Verein angeschlossen ist.

Kontakt mit SchweizerInnen hat Herr I. hingegen fast ausschliesslich bei der Arbeit.

Herr I. war 30 Jahre lang starker Raucher, er begann mit 14 Jahren, rauchte in jeder Situation, auch während der Arbeit. Wenn Herr I. mit einem Arbeitsergebnis unzufrieden war, löste das Stress bei ihm aus, den er mit einem erhöhten Zigarettenkonsum kompensierte. Nur während einer Schwangerschaft seiner Frau rauchte er während sechs Monaten nicht. Er wurde rückfällig, weil Kollegen ihm eine Zigarette angeboten hatten. Herr I. gab das Rauchen endgültig mit 44 Jahren auf. Der Auslöser dafür waren gesundheitliche Probleme wie ein rauer Hals, Husten, Halsschmerzen und Bluthochdruck. Der Hausarzt von Herrn I. empfahl ihm dringend wegen des Bluthochdrucks nicht mehr zu rauchen und klärte ihn über die gesundheitlichen Primär- und Sekundärschäden des Nikotins auf. Ausschlaggebend aus der Sicht von Herrn I. war aber der eigene starke Wille. Seitdem er nicht mehr raucht fühlt er sich insgesamt gesundheitlich besser.

Alkohol trank Herr I. seit dem Teenageralter. Sein Konsum war unter der Woche mässig, meistens ein Glas Rotwein zum Abendessen. An den Wochenenden im Verein trank er in Gesellschaft deutlich mehr. Nachdem Herr I. in alkoholisiertem Zustand in eine Strassenverkehrskontrolle kam, wurde ihm der Führerschein entzogen und er wurde zu einer Alkohol-Beratung beim Blauen Kreuz verpflichtet (um den Führerschein wieder zu erlangen). Durch die Unterstützung einer professionellen Fachkraft schaffte er es, überhaupt keinen Alkohol mehr zu trinken. Für ihn selber war die zentrale Motivation, nie mehr Probleme mit der Polizei zu haben. Herr I. wollte sich zudem beweisen, dass sein Wille stark genug ist, um dem Alkohol, wie auch den Zigaretten, vollständig zu entsagen. Innerhalb der MigrantInnengemeinschaft erntete er dafür Bewunderung und nahm eine Vorbildfunktion ein, einige Freunde schränkten ihren Alkoholkonsum darauf ebenfalls ein.

Das Gespräch wurde in einer gemeinsamen Drittsprache geführt.

Frau K.: Die engagierte Multiplikatorin

Frau K. ist 61 Jahre alt und migrierte 1968 in die Schweiz. Sie ist mit einem Landsmann verheiratet, das Ehepaar hat zwei erwachsene Töchter, die beide Ärztinnen sind. Das Ehepaar K. lebt zu zweit in einer Wohnung in einer deutschschweizerischen Stadt und Frau K. ist mit ihren Wohnverhältnissen sehr zufrieden. Frau K. verfügt über den Aufenthaltsstatus C..

Frau K. schloss ihre Schulausbildung mit der Sekundarstufe ab. Daran anschliessend absolvierte sie eine Berufsausbildung als kaufmännische Angestellte und war als Sekretärin erwerbstätig. In der Schweiz leistete sie 24 Jahre als Hausfrau und Mutter reproduktive Arbeit und war sieben Jahre bei einer Krankenkasse beschäftigt. Seit 30 Jahren ist sie zudem in einem Familienzentrum für MigrantInnen ihres Herkunftslandes tätig und leitet zurzeit diese Einrichtung.

Frau K. beherrschte vor der Migration in die Schweiz bereits Französisch und Italienisch, Deutsch lernte sie in der Schweiz.

Frau K. telefoniert wöchentlich mit ihrer Schwester, die in ihrem Herkunftsland lebt, und besucht sie zweimal im Jahr. Mit ihren Töchtern, die in der Schweiz leben, versteht sie sich gut und hat einen intensiven Kontakt.

Frau K. engagiert sich sehr aktiv in ihrer MigrantInnengemeinschaft. Durch ihre Arbeit im Familienzentrum und die Mitgliedschaft in einer Kirche kennt sie sehr viele MigrantInnen aus ihrem Herkunftsland, die zu einem ähnlichen Zeitpunkt in die Schweiz migrierten. Der Kontakt zu SchweizerInnen ist in erster Linie funktionsgebunden, bedingt durch die Arbeit im Zentrum verfügt Frau K. über vielfältige Kontakte zu Schweizer Institutionen.

Frau K. verfügt über eine ausgeprägte Gesundheitskompetenz, die zum einen auf ihrer Erwerbstätigkeit bei einer Krankenkasse und dezidierten Informationen durch ihre Töchter beruht. Zum anderen kennt sie durch ihre langjährige Tätigkeit im Familienzentrum die Akteure und Institutionen des schweizerischen Gesundheitswesens, da es auch zu ihrem Aufgabenbereich gehört, ratsuchende MigrantInnen an die zuständige Institution zu verweisen (bzw. auf die zuständige Institution hinzuweisen).

Frau K. raucht nicht und konsumiert wenig Alkohol. Sie pflegt ein Glas Wein zum Essen zu trinken. Ihr Ehemann rauchte bis zur Geburt der ersten Tochter, in ihrem engeren sozialen Umfeld rauchen nur wenige Personen.

Das Gespräch wurde in der Muttersprache von Frau K. geführt.

Herr L.: Rauschtrinken mit Freunden am Wochenende

Herr L. ist 20 Jahre alt und vor 16 Jahren gemeinsam mit seiner gesamten Familie, Eltern und drei jüngeren Geschwistern, in die Schweiz migriert. Die Familie L. stellte ein Asylgesuch, dem nach neun Jahren stattgegeben wurde. Alle Familienmitglieder erhielten daraufhin den Aufenthaltsstatus B. Herr L. besitzt seit einem Jahr die schweizerische Staatsangehörigkeit. Die Familie L. lebt gemeinsam in einer Viereinhalb-Zimmer-Wohnung in einem kleineren Ort in der Deutschschweiz. Herr L. versteht sich gut mit seinen Eltern, die familiäre Stimmung zu Hause ist entspannt.

Herr L. besuchte zunächst in der Schweiz die Realschule und absolvierte im Anschluss die dreijährige Sekundarstufe. Danach begann er eine dreijährige Berufslehre als kaufmännischer Angestellter, die er gerade, inklusive Abschlussprüfungen, erfolgreich beendet hat.

Herr L. spricht neben seiner Herkunftssprache Deutsch, Englisch und Französisch.

Die gesamte Familie besucht seit der Bewilligung des Asylgesuchs einmal jährlich in den Sommerferien Familienangehörige im Herkunftsland. Vorher durften sie nicht aus der Schweiz ausreisen. Durch die gemeinsame Zeit im Urlaub haben sich die Beziehungen wieder intensiviert, Herr L. telefoniert regelmässig mit seinem Cousin.

Herr L. ist eine sehr kontaktfreudige Person und pflegt mit sehr vielen Menschen unterschiedlichster Herkunft intensiven Kontakt. Während seiner Schulzeit verabredete er sich vor allem mit SchulkollegInnen, unter denen kaum MigrantInnen waren, denn Familie L. lebte in einem kleinen Dorf. Nachdem Familie L. ihren Wohnort gewechselt hat und in das Einzugsgebiet einer grösseren Stadt umgezogen ist, hat er viele MigrantInnen, auch aus seiner Herkunftsregion, kennengelernt.

Herr L. ist sehr zufrieden mit seinen sozialen Beziehungen und er empfindet die Mischung von FreundInnen mit und ohne Migrationshintergrund als genau richtig.

Auch der Sport macht Herrn L. Spass, er hat bis zum Beginn seiner Berufsausbildung zehn Jahre lang täglich Karate trainiert. Er gab das Karate-Training auf, weil er mehr Zeit für seine Schulausbildung haben wollte. Stattdessen wechselte er in ein Fitnesscenter, das er regelmässig zum Körpertraining aufsuchte. Während der Prüfungszeit vernachlässigte er aus Zeitgründen seine sportlichen Aktivitäten. Im Winter geht Herr L. gerne Snowboarden.

Die Gesundheitskompetenz ist schwierig einzuschätzen. Einerseits treibt er sehr viel Sport, andererseits trinkt Herr L. sich an den Wochenenden in einen Rauschzustand.

Bei Herrn L. liegt bezüglich des Tabakkonsums eine ehemalige Suchtproblematik vor, sein Alkoholkonsum ist als problematisch einzuordnen.

Herr L. begann mit 18 Jahren zu rauchen und hat erst vor zwei Monaten das Rauchen aus Kostengründen aufgegeben. Hingegen spielte für seine Entscheidung keine Rolle, dass er dadurch seine Gesundheit fördert. Im Schnitt rauchte er ein bis eineinhalb Päckchen Zigaretten pro Tag, an den Wochenenden bis zu vier Päckchen. Seinen Zigarettenkonsum senkte er lediglich, wenn entweder das Geld knapp wurde oder während der muslimischen Fastenzeit.

Das Rauchen war für Herrn L. einerseits mit Entspannung verbunden, zum Beispiel am Feierabend oder nach dem Essen. Er rauchte andererseits verstärkt in Stresssituationen, um sich zu beruhigen, wie beispielsweise während seiner Prüfungszeit. Einmal hatte Herr L. bereits das Rauchen für sechs Monate aufgegeben. Der Einstieg in die Zigarettenabstinenz gelang ihm während der Fastenzeit. Nachdem er vier Wochen durchgehalten hatte, setzte er die Zigarettenabstinenz einfach fort.

Innerhalb der Familie von Herrn L. raucht eine Schwester, verbirgt aber das Rauchen vor ihren Eltern. Sein Vater gab das Rauchen vor 15 Jahren vollständig auf. Im Freundeskreis von Herrn L. rauchen fast alle KollegInnen, so dass er täglich mit rauchenden Personen direkt konfrontiert wird.

An alkoholischen Getränken trinkt Herr L. Bier, Wein und Hochprozentiges wie zum Beispiel Wodka. Sein Alkoholkonsum ist an soziale Situationen gebunden. Zum ersten Mal trank Herr L. heimlich mit acht Jahren Alkohol. Regelmässig konsumiert Herr L. seit seinem 15. Lebensjahr Alkohol, vor allem zusammen mit SchulfreundInnen im Jugendtreff. Auch heute trinkt er insbesondere, wenn er mit FreundInnen am Wochenende ausgeht, allerdings konsumiert er deutlich mehr Alkohol als vor zwei Jahren. Zuweilen trinkt er sich mit einer Flasche Wodka oder drei Litern Bier in einen Rauschzustand.

Unter der Woche oder zu Hause betrinkt sich Herr L. hingegen nie, manchmal trinkt er gemeinsam mit seinem Vater ein Glas Wein nach dem Essen. Alkohol am Steuer ist für Herrn L. tabu.

Das Gespräch wurde in Deutsch geführt.

Herr M.: Zum Feierabend spielen und trinken mit Freunden

Herr M. ist 24 Jahre alt und migrierte vor zwei Jahren in die Schweiz. Er war neugierig und wollte vor allem hier arbeiten. Er verfügt über die Kurzfristaufenthaltsbewilligung L. Herr M. wurde in einem aussereuropäischen Land geboren und verbrachte seine ersten vier Lebensjahre dort. Danach zog seine Mutter mit ihm und seinem älteren Bruder zu seinem europäischen Vater. Herr M. hat noch drei jüngere Geschwister.

In der Schweiz wohnt Herr M. gemeinsam mit seiner Freundin in einer Stadt, er ist mit den Wohnverhältnissen zufrieden.

Herr M. besuchte in Europa die Schule bis zum dritten Sekundarschuljahr. Danach, mit 16 Jahren, begann er in Fabriken oder auf dem Bau zu arbeiten. In der Schweiz hat er einen Integrationskurs zur Berufsorientierung besucht und arbeitet temporär als Gerüstbauer. Herr M. ist sehr zufrieden mit seiner Tätigkeit, der Lohn stimmt und die Arbeit begreift er als körperliches Training.

Herr M. ist insgesamt mit seinem Leben sehr zufrieden. Er spricht eine Schweizer Landessprache, kennt viele Leute in der Schweiz, sowohl MigrantInnen aus anderen Herkunftsländern als auch SchweizerInnen, mit denen er seine Freizeit verbringt. Mit einigen Freunden trifft er sich regelmässig zum Tischtennis spielen oder zu gemeinsamen Percussion-Sessions im Freien. Eine Tante mütterlicherseits lebt ebenfalls in der Schweiz. Herr M. pflegt den Kontakt zu ihr sowie zu seiner Familie im europäischen Herkunftsland durch Telefonate. Für Hilfe und Unterstützung wendet sich Herr M. an seine Freundin.

Bei Herrn M. liegt eine Suchtproblematik in Bezug auf Alkohol vor, die Nikotinabhängigkeit ist als niedrig einzustufen. Er raucht rund ein halbes Päckchen Zigaretten pro Tag.

Herr M. begann mit 18 Jahren Alkohol zu konsumieren. In der Schweiz trinkt er alleine oder gemeinsam mit seiner Freundin Alkohol, aber sein übermässiger Alkoholkonsum ist an soziale Situationen in grösseren Gruppen gebunden. Seit er in der Schweiz lebt, trinkt Herr M. nahezu jeden Tag und in grösseren Mengen Alkohol nach der Arbeit. Wenn Herr M. sich mit den Freunden trifft, konsumiert er drei bis vier Liter Bier. Zuweilen ist er so betrunken, dass er unter temporärer Amnesie leidet. Gegen 21 Uhr geht Herr M. meistens nach Hause, isst zu Abend, duscht und legt sich gegen Mitternacht schlafen. Manchmal ist er morgens noch nicht ausgenüchert und fühlt sich müde, vor allem wenn er zu wenig geschlafen hat.

Herr M. erzählt, dass er bei Aufenthalten in seinem Geburtsland eher hochprozentigen Alkohol wie Whisky und Rum konsumiert. Auch im Winterhalbjahr konsumiert Herr M. in der Schweiz eher Wein oder Mixgetränke wie beispielsweise Whisky-Cola.

Herr M. fühlt sich generell gesund und beurteilt die körperliche Belastung während seiner Arbeit positiv, denn sie hält ihn körperlich fit. Das Tischtennis spielen empfindet er als sportlichen Ausgleich.

Das Gespräch wurde mit Unterstützung einer Übersetzerin in der Muttersprache von Herrn M. geführt.

Herr N.: Trost und Beruhigung durch das Rauchen

Herr N. ist 50 Jahre alt und migrierte vor acht Jahren endgültig in die Schweiz, nachdem er sich 1998 bereits für eine gewisse Zeit hier aufgehalten hatte. Er stellte ein Asylgesuch und verfügt heute über den Status eines anerkannten Flüchtlings. Herr N. ist verheiratet und hat fünf Kinder im Alter zwischen einem und 17 Jahren.

Die Familie N. lebt gemeinsam in einer viereinhalb Zimmer-Wohnung in einer Stadt. Herr N. ist mit den Wohnverhältnissen zufrieden und geniesst vor allem die angenehme Umgebung.

In seinem Herkunftsland schloss Herr N. seine Schulausbildung mit der Hochschulreife ab. Im Anschluss daran leitete er ein Baugeschäft.

In der Schweiz arbeitete Herr N. fünf Jahre in einer Fabrik. Danach war er in einer Reinigungsfirma mit einem Stundenlohn von 10 CHF angestellt. Herr N. fühlte sich von der Reinigungsfirma ausgenutzt und fühlte sich wie ein Bettler. Zurzeit ist Herr N. aufgrund chronischer gesundheitlicher Probleme nicht erwerbstätig. Herr N. spricht kein Deutsch.

Ehefrau und Kinder sind für Herrn N. der wichtigste Anker in seinem Leben. Da er zurzeit nicht erwerbstätig ist, verbringt er viel Zeit zu Hause und geht häufig mit dem jüngsten Kind spazieren. Herr N. telefoniert zudem regelmässig mit seiner Schwester im Herkunftsland.

In seiner Freizeit treibt Herr N. Sport, er macht Fitnesstraining, geht Schwimmen und in die Sauna. Zudem besucht er regelmässig einen MigrantInnenverein und trifft sich ab und an mit Freunden, zu denen auch SchweizerInnen zählen.

Herr N. empfindet sein Leben als zutiefst gespalten, er fühlt sich hin- und hergerissen zwischen den Welten. Er vermisst seine Familie im Herkunftsland und er vermisst seine Heimat, in die er nicht mehr zurückkehren kann. Hinzu kommt, dass er zurzeit nicht arbeitsfähig ist. Seine Grundstimmung ist von einer grossen Traurigkeit geprägt. Die sportlichen Aktivitäten und das Spaziergehen mit dem jüngsten Kind helfen ihm dabei, mit der Traurigkeit umgehen zu können.

Bei Herrn N. liegt in Bezug auf das Rauchen eine hohe Abhängigkeit vor.

Als er sechs Jahre alt war, hat er von seinem Vater die erste Zigarette erhalten. In seinem Herkunftsort, einem Dorf, hatte das Rauchen die Funktion eines Initiationsrituals für die Knaben. Rauchen wurde mit Männlichkeit assoziiert.

Bis kurz nach der Geburt des jüngsten Kindes rauchte Herr N. etwa zwei Päckchen Zigaretten pro Tag, auch in der Wohnung. Das Neugeborene litt nach einigen Wochen an Hautirritationen und das Ehepaar N. suchte deswegen ihren Hausarzt auf. Dieserklärte Herrn N. über die schädlichen Wirkungen des Passivrauchens für das Kleinkind auf. Daraufhin reduzierte Herr N. seinen Zigarettenkonsum auf ein knappes Päckchen Zigaretten pro Tag. Dennoch bleibt sein Tagesrhythmus bestehen: er beginnt gleich nach dem Aufstehen und raucht durchgehend bis zum Abend. Aber seit der Krankheitsepisode seines Babys raucht Herr N. nicht mehr in der Wohnung, sondern weicht auf den Balkon aus.

Für Herrn N. ist die Zigarette sein bester Freund, sie schenkt ihm Trost, wenn Erinnerungen und Gedanken an schreckliche Erlebnisse aus der Vergangenheit in ihm hochkommen. (Über diese Ereignisse und die Folgen will Herr N. nicht sprechen.) Das Rauchen beruhigt ihn und er kann seine Wut mit Zigaretten besser kontrollieren. Nur einmal, 1991, rauchte Herr N. während einer Krankheitsepisode nicht. Der Arzt verschrieb ihm damals Nikotinpflaster und -tabletten, die nach Ansicht von Herrn N. wenig Wirkung hatten, weil sie zu niedrig dosiert waren. Eine Situation, die ihn emotional belastete und wütend machte, führte dazu, dass er diesen Versuch abbrach.

Herr N. hat zwar – nach eigenen Angaben – seine Ehefrau zum Rauchen verführt (sie raucht zwei Zigaretten am Abend), aber er wünscht sich innig, dass seine Kinder nie zur Zigarette greifen, er befürchtet geradezu, dass sie einmal Rauchen könnten.

Das Gespräch wurde mit Unterstützung eines Übersetzers geführt.

Frau O.: Durch soziale Netzwerke aus der Alkoholabhängigkeit in die Emanzipation

Frau O. ist dreissig Jahre alt, kam durch Heiratsmigration vor 12 Jahren in die Schweiz und ist seit drei Jahren eingebürgert. Sie hat zwei Kinder, eine 12-jährige Tochter und einen 10-jährigen Sohn. Seit fünf Monaten lebt sie getrennt von ihrem Ehemann, die Scheidung steht bevor. Frau O. wohnt gemeinsam mit ihren Kindern in einer Wohnung eines grösseren Mietgebäudes in einem Dorf.

Ihre Heirat mit einem Landsmann wurde zwischen ihren Eltern und ihrem Ehemann gegen ihren Willen arrangiert. Frau O. erzählt, dass ihr Ehemann damals bereits in der Schweiz lebte und sie sich nicht kannten. Sie war damals 18 Jahre alt, ihr Ehemann war doppelt so alt wie sie. Das Aufgebot machte er ihren Eltern, die sofort einwilligten. Frau O. musste sich der Entscheidung fügen. Sie wirft insbesondere ihrer Mutter vor, dass sie dieser Heirat zugestimmt hatte. Frau O. selber hatte andere Zukunftspläne, sie wollte ihre Schul- bzw. Universitätsausbildung fortsetzen.

Frau O. hat in der Schweiz keine Ausbildung abgeschlossen. Sie arbeitete ein Jahr lang auf einer 50 Prozent-Stelle in der Küche eines Quartierrestaurants. Der Sozialdienst hatte ihr diese Tätigkeit, die ihr sehr gefiel, vermittelt. Ihr Mann verbot ihr jedoch diese Erwerbstätigkeit ausser Haus, und sie musste sie aufgeben. Seit der Trennung lebt Frau O. von der Sozialhilfe. Sie würde gerne eine ähnliche Tätigkeit in demselben Umfang wieder ausüben. Frau O spricht Mundart.

Der Ehemann versuchte ganz generell eine umfangreiche Kontrolle über Frau O. auszuüben. Er benutzte dazu die finanzielle Abhängigkeit von Frau O., er gab ihr fünf Franken ‚Taschengeld‘ pro Monat. Er übte Druck aus durch körperliche Misshandlung und sexuelle Ausbeutung. Herr O. schlug Frau O. und auch ihre Kinder und forderte von ihr mehrmals pro Tag Sex. Dies geschah oft in angetrunkenem Zustand. Nachdem Frau O. sich Herrn O. zunehmend verweigerte und nachts mit den Kindern in einem Zimmer schlief, begann der Mann auch die Tochter sexuell zu belästigen.

Frau O. hat zwei gute Freundinnen. Eine lebt in demselben Wohngebäude und ist gleichzeitig auch ihre Hausärztin. Die andere Freundin wohnt in einem Nachbarort. Die beiden Frauen unterstützen Frau O. in lebenspraktischen, rechtlichen, psychoemotionalen als auch gesundheitlichen Belangen. Diese Hilfe und Unterstützung waren und sind für Frau O. sehr wichtig. Eine Freundin gehört einer religiösen Gemeinschaft an, die sich sonntags trifft. Frau O. geht gemeinsam mit den Kindern ebenfalls zu diesen Gemeinschaftstreffen, bei denen sowohl MigrantInnen als auch SchweizerInnen zusammenkommen und mittags gemeinsam essen. Frau O. telefoniert regelmässig mit ihrer Mutter. Vor der Trennung sorgte sich diese um Frau O. und hatte Angst, dass der Ehemann ihr etwas antäte. Zudem telefoniert Frau O. regelmässig mit ihrem Bruder und ihrer Schwester, die in einem EU-Mitgliedsstaat leben. Vor kurzem konnte Frau O. gemeinsam mit ihren Kindern ihre Geschwister für drei Wochen besuchen. Ihre Geschwister unterstützen sie finanziell und psychoemotional. Ausserdem sucht Frau O. drei Mal wöchentlich den Sozialdienst auf, der für sie eine wichtige Anlaufstelle ist.

Frau O. hat in einer schwierigen, konfliktreichen Lebensphase eine deutliche Alkohol-Suchtproblematik entwickelt. Während sieben Monaten trank sie mehrere Flaschen dunkles Bier pro Tag, sie begann bereits morgens zu trinken. Der Ehemann brachte das Bier nach Hause. Das Bier beruhigte sie, es half ihr, den gewalttätigen Ehemann und seine sexuellen Forderungen zu ertragen und den Alltag zu bewältigen. Der Ehemann förderte den Alkoholkonsum seiner Frau, denn nur wenn sie getrunken hatte, ertrug sie den Geschlechtsverkehr. Diese Episode liegt zurzeit des Gespräches ein Jahr zurück. Frau O. hatte während dieser Zeit keinen Appetit und verlor massiv an Gewicht, von 160 kg auf 76 kg. Sie selber empfand sich als zu dünn und assoziierte den Gewichtsverlust mit der körperlichen Verfassung von Frauen in hohem Lebensalter. Sie entwickelte Gallensteine, die starke Bauchschmerzen verursachten. Frau O. wandte sich mit ihren körperlichen Beschwerden und den Problemen mit dem gewalttätigen Ehemann an ihre Hausärztin, die gleichzeitig Nachbarin und Freundin ist. Die Ärztin verordnete Frau O. Medikamente zur Beruhigung, die ihr auch halfen, wieder gut zu schlafen.

Frau O. konsumierte zeitweise keinen Alkohol mehr, hatte aber immer wieder Rückfälle. Dann reiste sie zu ihrer Mutter in ein aussereuropäisches Land und liess dort ihre Gallensteine operativ entfernen. Seit der Operation konsumiert sie keinen Alkohol mehr. Einen Monat später kam sie zurück in die Schweiz. Wieder zu Hause, schlief sie von nun an gemeinsam mit ihren Kindern in einem Zimmer und hatte mit dem Ehemann keinen sexuellen Kontakt mehr. Der Ehemann begann daraufhin die Tochter sexuell zu belästigen. Er glaubte, dass Frau O. nach wie vor trinken würde und dass er dies als Druckmittel einsetzen könnte. Er rief die Polizei, mit dem Hinweis, seine Frau würde sehr viel trinken und ihn mit dem Messer bedrohen. Die Polizei kam und führte bei beiden Alkoholkontrollen durch. Ihre war negativ, bei ihrem Mann war sie positiv. Nach dieser Szene suchte Frau O. Hilfe beim Sozialdienst. Sie wollte nicht mehr mit dem Ehemann zusammenleben, sondern sich trennen und scheiden lassen. Der Sozialdienst veranlasste die notwendigen Schritte und der Ehemann zog wenige Tage später aus der Wohnung aus.

Seitdem lebt Frau O. alleine mit ihren Kindern. Es geht ihr gut und sie fühlt sich ruhig. Auch den Kindern geht es gut. Es ist wieder Raum da, um gemeinsam Spass zu haben, sich zu unterhalten oder einfach nur gemeinsam fern zu sehen.

Das Gespräch wurde auf Deutsch geführt.

Frau R.: Zunehmend unzufrieden mit dem Alkoholkonsum

Frau R. ist 43 Jahre alt und migrierte vor 22 Jahren als Arbeitsmigrantin in die Schweiz. Damals erhielt sie temporäre Arbeitsbewilligungen, zunächst für drei Monate, später für ein Jahr, die nach Ablauf der Bewilligungsfrist erneut beantragt werden mussten. Seit 16 Jahren wohnt und arbeitet Frau R. permanent in der Schweiz und verfügt heute über den Aufenthaltsstatus C.

Frau R. lebt gemeinsam mit ihrer Partnerin, sie ist nicht verheiratet und hat keine Kinder. Das Paar wohnt in einer grösseren Schweizer Stadt in einer Dreieinhalb-Zimmer Wohnung. Frau R. ist grundsätzlich zufrieden mit ihrer Wohnsituation, sie wünscht sich aber eine grössere Wohnung mit Garten in ländlicher Umgebung.

Frau R. absolvierte ihre obligatorische Schulzeit sowohl in ihrem Herkunftsland als auch in Deutschland. Denn als sie zwölf Jahre alt war, migrierten ihre Eltern mit ihr und den vier Geschwistern nach Deutschland, wo ihr Vater dreissig Jahre lang als Arbeitsmigrant tätig war. Rückblickend bezeichnet Frau R. diese Zeit als die schlimmste ihres Lebens.

In der Schweiz hat Frau R. eine Ausbildung als Hotelfachassistentin absolviert und hat seither in mehreren Spitälern sowie in Hauswirtschaftsbereichen unterschiedlicher Institutionen gearbeitet. Frau R. betrachtet ihre Anstellung nicht als Traumjob und sie schätzt die Entlohnung als relativ gering ein für die Leistung, die sie erbringt. Frau R. erzählt, sie hätte immer davon geträumt Archäologie zu studieren, dafür sei es nun aber zu spät.

Frau R. spricht relativ gut und akzentfrei Deutsch, da sie mehrere Jahre in Deutschland zur Schule gegangen ist.

Frau R. hat regelmässigen Kontakt zu ihren Eltern, die, mittlerweile pensioniert, in ihr Herkunftsland zurückgekehrt sind. Ihre Mutter ist unterdessen auf Pflege angewiesen, die bislang der Vater neben der Hausarbeit übernimmt. Frau R. reist mehrmals jährlich zu ihren Eltern, um ihrem Vater bei der Betreuung ihrer Mutter zur Seite zu stehen. Frau R. hat zudem häufigen Kontakt mit ihren vier Geschwistern, drei davon leben und arbeiten in Deutschland, ein Bruder ist ebenfalls in ihr Herkunftsland zurückgekehrt.

Frau R. trifft sich regelmässig mit ihren Freundinnen, die meisten stammen aus demselben Herkunftsland wie Frau R.. Am meisten Unterstützung erhält Frau R. von ihrer Partnerin, mit der sie zusammen lebt und die ebenfalls vor 22 Jahren aus demselben Herkunftsland in die Schweiz migrierte und auch im gleichen Beschäftigungssektor tätig ist. Frau R. fährt in der Freizeit nach eigenen Angaben viel Fahrrad, macht Ausflüge mit ihrer Freundin oder trifft sich mit Kolleginnen.

Bei Frau R. liegt eine mässige Suchproblematik bezüglich des Alkoholkonsums vor. Früher hatte Frau R. auch geraucht. Sie begann mit 14 Jahren zu rauchen und steigerte im Jugendalter ihren Zigarettenkonsum kontinuierlich. Bevor sie vor zehn Jahren einen endgültigen Nikotinentzug durchführte, hatte Frau R. bereits mehrere gescheiterte Versuche hinter sich gebracht, das Rauchen aufzugeben. Ihr Vater rauchte ebenfalls jahrelang, ihre Mutter besorgte ihr damals die Zigaretten. Alle Geschwister von Frau R. rauchen auch heute noch.

Frau R. trinkt täglich drei Flaschen Bier. Ab und zu trinkt sie auch Wein, aber nie hochprozentigen Alkohol. Frau R. ist unzufrieden mit ihrem Alkoholkonsum. Sie isst mehr, wenn sie trinkt und nimmt dann an Gewicht zu. Frau R. wünscht sich eine grössere Selbstkontrolle in diesen Belangen. Sie behauptet aber von sich, nie betrunken zu sein. Frau R. möchte weniger Alkohol trinken und versucht momentan diesen Wunsch selbständig umzusetzen.

Der Vater von Frau R. hat ebenfalls immer getrunken. Nach Aussagen von Frau R. hat er seine Traurigkeit über das Leben in der Migration in Deutschland im Alkohol ertränkt und mit dem Rauchen kompensiert. Auch heute noch konsumiert der Vater von Frau R. täglich Alkohol. Wenn sie ihre Eltern besucht, begleitet sie ihren Vater, der nach der Hausarbeit mit seinen Freunden von Kneipe zu Kneipe zieht und Alkohol trinkt. Sie selber trinkt jedoch nur in der ersten Kneipe ein Glas Bier mit und geht anschliessend wieder nach Hause, denn das Trinken wird in ihrem Herkunftsort auch heute noch nur Männern zugestanden.

Das Gespräch mit Frau R. wurde abwechslungsweise in Deutsch und in der Muttersprache von Frau R. mit Unterstützung einer Übersetzerin geführt.

Herr S.: Trauer und Isolation werden im Alkohol ertränkt

Herr S. ist ca. 45 Jahre alt und migrierte vor 17 Jahren aus einem aussereuropäischen Land in die Schweiz. Er flüchtete damals aus einem Bürgerkriegsgebiet. Heute verfügt Herr S. über den Aufenthaltsstatus B. Er ist seit fünf Jahren mit einer Frau aus seinem Herkunftsland verheiratet. Seine Mutter arrangierte diese Heirat und das Ritual fand während eines Ferienaufenthaltes von Herrn S. statt. Zwei Jahre nach der Heirat migrierte Frau S. im Rahmen der Familienzusammenführung zu Herrn S. in die Schweiz. Ein Jahr später brachte sie das gemeinsame Kind zur Welt. Die Familie S. lebt heute in einer Kleinstadt. Herr S spricht gebrochen Deutsch. Seine Ehefrau besucht einen Deutsch-Kurs für MigrantInnen, wohin sie ihr Kind mitnehmen kann.

Seine Eltern und zwei Geschwister flüchteten ebenfalls 1990 aus dem Bürgerkriegsgebiet in ein benachbartes Land. Nachdem Herr S. sechs Monate in der Schweiz lebte, verstarb sein Vater. Drei Jahre später, 1993, begann der Bruder von Herrn S. Suizid. Seine Mutter und seine Schwester kehrten später in ihre Herkunftsregion zurück. Der Bürgerkrieg ist nicht beigelegt, die Region wird immer noch bombardiert. Seine Mutter leidet unter psychischen und physischen Problemen.

Herr S. hat nach dem Besuch der obligatorischen Schule in seinem Herkunftsland keine Berufsausbildung abgeschlossen. Er arbeitete auf dem väterlichen Hof in der Landwirtschaft. Nach der Migration in die Schweiz übte er unterschiedliche Tätigkeiten im Niedriglohnbereich aus. Er war überwiegend im Gastronomiesektor, in der Küche und als Reinigungskraft, beschäftigt. Er arbeitete bis zu 14 Stunden pro Tag und lebte in einer kleinen Einzimmer-Wohnung.

In der Zeit, als sein Bruder Suizid begann, arbeitete Herr S. als Hilfskraft in einem Lager. Auch diese Tätigkeit war körperlich sehr anstrengend. Das Leben von Herrn S. bestand aus Arbeiten und Schlafen, seine sozialen Kontakte waren extrem eingeschränkt. In dieser Lebensphase, in der sich sehr grosse physische und psychische Belastungen mit sozialer Isolation kumulierten, begann Herr S. eine Depression zu entwickeln, die als Reaktion auf die insgesamt schwierige und belastende Lebenssituation interpretiert werden kann.

In dieser Zeit begann Herr S. regelmässig Alkohol zu konsumieren und alkoholabhängig zu werden. Er ging ab und an mit Bekannten zum Spass trinken, hatte aber unter ihnen keine wirkliche Vertrauensperson. Rat und Unterstützung suchte er bei Ärzten, vor allem wenn er krank war. Ein Arzt empfahl ihm, eine Heirat in seinem Herkunftsland zu arrangieren. Sein Hausarzt gab ihm den Rat mit einer anderen Person zusammen eine grössere Wohnung zu mieten.

Seine Lebenskrise spitzte sich im Laufe der Jahre immer weiter zu und endete mit einem Suizidversuch. Herr S. wurde gerettet und in eine spezialisierte Klinik eingewiesen. Dort wurde die psychische Erkrankung sowohl medikamentös als auch mit psychotherapeutischen Methoden behandelt und der Alkoholzug fand unter ärztlicher Aufsicht und Betreuung statt. Aufgrund seiner psychischen Erkrankung erhält Herr S. eine 50 Prozent IV-Rente.

Herr S. lebt heute mit Frau und Kind in einer grösseren Wohnung. Er ist zurzeit in ein Beschäftigungsprogramm integriert, durch das Personen mit einer partiellen IV-Rente wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden sollen. Herr S. beschreibt, dass er früher gerne gearbeitet hat und auch einen grossen Arbeitsumfang bewältigen konnte. Seit seiner Krise löst eine erhöhte Arbeitsbelastung allerdings umgehend Schwindelgefühle aus.

Zu Beginn seines Aufenthaltes in der Schweiz hatte Herr S. viele Kontakte innerhalb der MigrantInnengemeinschaft. Ausserdem ging er Schwimmen und bewegte sich viel mit dem Fahrrad. Den Kontakt zu seiner Familie im Herkunftsland hielt er stets durch Telefonate aufrecht. Auch heute telefoniert er regelmässig mit seiner Mutter und seiner Schwester. Er macht sich grosse Sorgen um seine Herkunftsfamilie, zum einen aufgrund der anhaltenden Bürgerkriegssituation, zum anderen wegen des angeschlagenen Gesundheitszustandes seiner Mutter.

Heute stabilisiert das gemeinsame Leben mit Ehefrau und Kind. Herrn und Frau S. besuchen zusammen Treffen und verschiedene Anlässe, die von MigrantInnen aus ihrem Herkunftsland organisiert werden. Dadurch hat Herr S. neue Kontakte gewonnen. Herr S. wird regelmässig psychotherapeutisch betreut.

Herr S. war rund zwei Jahre alkoholabhängig. Als er mit dem Alkoholkonsum begann, trank er drei bis vier Stangen Bier täglich nach der Arbeit. In den letzten zwei Jahren vor dem Zusammenbruch trank er erheblich mehr und erklärt, dass er sich in dieser Zeit mit dem Alkohol umbringen wollte. Seit dem Entzug in der Klinik trinkt er überhaupt keinen Alkohol mehr. Darüber ist er sehr froh.

Seinen Zigarettenkonsum hat Herr S. demgegenüber gesteigert. Dennoch liegt in Bezug auf das Rauchen nur eine geringe Abhängigkeit vor. Bevor er in die Schweiz migrierte, rauchte er überhaupt nicht. In der Zeit, als er noch mehr als 100 Prozent erwerbstätig war und Alkohol getrunken hat, rauchte er deutlich weniger, rund zwei Zigaretten pro Tag. Nach dem Alkoholentzug rauchte er ein Päckchen Zigaretten pro Tag. Seit zwei Wochen hat Herr S. seinen Konsum auf rund zehn Zigaretten täglich reduziert und spricht auch von seinem Wunsch nach vollständiger Abstinenz.

Das Gespräch fand mit Unterstützung einer Übersetzerin und eines Mitarbeiters des Sozialdienstes sowohl in Deutsch als auch in der Herkunftssprache von Herrn S. statt.

Herr T.: Starker Raucher trotz lebensbedrohlicher Erkrankungen

Herr T. ist 50 Jahre alt, mit einer Landsfrau verheiratet und hat zwei Kinder. Vor 27 Jahren migrierte er ohne Familie in die Schweiz. Seine Frau zog erst vor vier Jahren zu ihm, seine Kinder blieben immer in seinem Herkunftsland und leben dort mit ihren Familien. Herr T. verfügt über den Ausländerausweis B. Das Ehepaar T. lebt in einer Zweieinhalbzimmer-Wohnung in einer Stadt.

Herr T. besuchte in seinem Herkunftsland die Grundschule und arbeitete danach auf einem Bauernhof. Eine formale Ausbildung schloss er nicht ab, er lernte immer durch die praktische Tätigkeit. In der Schweiz arbeitete Herr T. in unterschiedlichen Bereichen, als Bauarbeiter und in einer Fabrik. Seit vier Monaten hat er eine 50 Prozent Stelle in einem Restaurant. Er ist zufrieden mit der Art der Tätigkeit, aber das Gehalt ist zu knapp. Er sucht eine Anstellung im Umfang von 100 Prozent Arbeitszeit.

Herr T. bewertet seine frühere Erwerbstätigkeit im Herkunftsland als wesentlich anstrengender und physisch belastender im Vergleich zu seinen Tätigkeiten in der Schweiz. Er musste dort sehr früh aufstehen und kam erst spät abends nach Hause. Zudem betont Herr T., dass die Regelmässigkeit der Gehaltszahlung in der Schweiz ihm stets Sicherheit im Leben gegeben hat. Der Preis dafür ist, dass er seine Kinder immer vermisst hat.

Frau T. fühlte sich zunächst in der Schweiz nicht wohl und wollte zurückkehren. Sie war hier zeitweilig in einer Bäckerei tätig, verdiente aber nach seiner Einschätzung in Bezug auf die körperliche Anstrengung zu wenig Geld. Frau T. gab die Erwerbstätigkeit auf und erledigt nun die Hausarbeit. Herr T spricht nur sehr gebrochen Deutsch.

Seine Familie und seine Landsleute in der Schweiz sind wichtige Bezugspersonen für Herrn T.. Im Krankheitsfall kümmert sich seine Frau um ihn. Wenn er Hilfe und Unterstützung in lebenspraktischen Belangen benötigt, stehen ihm seine Landsleute zur Seite. Ausserdem telefoniert Herr T. regelmässig mit seinen Kindern in der Türkei.

Seine Freizeit verbringt Herr T. einerseits zu Hause. Er ruht sich aus, liegt, telefoniert und raucht. Andererseits spielt er mit Landsleuten Karten in einem Restaurant, das wiederum einem Kollegen gehört. Manchmal geht Herr T. in die Stadt.

In Bezug auf den Zigarettenkonsum liegt bei Herrn T. eine sehr hohe Abhängigkeit vor. Er begann mit 15 Jahren zu rauchen. Entweder bekam er westliche Markenzigaretten von anderen geschenkt, aber überwiegend rollte er, wie alle anderen auch, selber Zigaretten aus Tabakblättern. Herr T. beschreibt, dass alle Personen seiner sozialen Umgebung rauchten. Nur in Gegenwart seines Vaters rauchte Herr T. nicht, er wollte sich ihm gegenüber respektvoll verhalten. Sein Vater hatte als junger Mann geraucht, dann 15 Jahre lang das Rauchen aufgegeben, um anschliessend wieder zu beginnen. Zwei Jahre nach dem Wiedereinstieg verstarb der Vater an Lungenkrebs.

Herr T. raucht drei Packungen Zigaretten pro Tag. Er beginnt gleich nach dem Aufstehen, raucht bei jeder Gelegenheit und in jeder Situation, bei der Arbeit, zu Hause und auch im Krankheitsfall. Herr T. möchte aufgrund seines Lebensalters aufhören zu rauchen, aber schafft es nicht.

Einzig nach einer schweren Krankheitsepisode vor vier Jahren hat Herr T. sechs Monate nicht geraucht. Er suchte wegen Rückenschmerzen ein Spital auf. Dort stellte man Diabetes fest und diagnostizierte sekundäre Organschäden an Magen und Darm. Herr T. musste operiert und anschliessend 21 Tage auf der Intensivstation überwacht und behandelt werden. Die Ärzte erklärten Herrn T., dass zudem ein Herzinfarkttrisiko bestünde und er auf jeden Fall das Rauchen aufgeben müsste. Im Spital fiel es ihm wegen der Medikamenteneinnahme leicht, auf die Zigaretten zu verzichten, sogar ohne Nikotinsubstitution.

In dieser rauchfreien Zeit spürte er körperlich eine konditionelle Verbesserung. Trotzdem griff er nach sechs Monaten wieder zu den Zigaretten. Einerseits ist Herr T. deswegen unzufrieden mit sich selber, andererseits stellt er mit Blick auf die Geschichte seines Vaters in Frage, dass er als Nichtraucher länger leben würde.

Auch der Alkoholkonsum von Herrn T. deutet auf eine Suchtproblematik hin. Im Gegensatz zum Rauchen hat seine Diabeteserkrankung aber in Bezug auf seinen Alkoholkonsum eine einschneidende Veränderung bewirkt.

Vor der Migration trank Herr T. nur bei Festen Alkohol. Während der ersten drei Jahre nach der Migration in die Schweiz konsumierte er überhaupt keinen Alkohol. Nachdem er beobachtet hatte, dass Landsleute sowie andere Personen in der Stadt Alkohol konsumierten, begann er ebenfalls Bier und andere Alkoholika zu trinken. Bis seine Diabeteserkrankung festgestellt wurde, war Herr T. ein bis zwei Mal pro Woche betrunken. Seitdem trinkt er gar keinen Alkohol mehr. Herr T. wollte schon vorher den Alkoholkonsum einschränken, denn es störte ihn, nach Alkohol zu riechen und durch den Alkohol aggressiv zu werden.

Das Gespräch wurde in der Muttersprache von Herrn T. mit Unterstützung eines Übersetzers geführt.

Frau U.: Durch private und professionelle Hilfe aus Isolation und Alkoholsucht

Frau U. ist 43 Jahre alt und migrierte vor knapp neun Jahren gemeinsam mit ihrem Sohn und Schweizer Ehemann in die Schweiz. Sie hatte ihren Ehemann, der mehrere Jahre in ihrem Herkunftsland gelebt hatte, dort geheiratet. Vorher hatte sie ihren Sohn, der aus einer früheren Beziehung stammt, alleine aufgezogen.

Heute lebt Frau U. von ihrem Ehemann getrennt, die Scheidung ist eingereicht. Seit zwei Jahren hat sie einen neuen Partner, mit dem sie seit kurzem auch eine Wohnung teilt. Frau U. ist vor Kurzem Grossmutter geworden, ihr Sohn, mittlerweile 19-jährig, lebt mit seiner Freundin und dem gemeinsamen Kind in einer anderen Stadt. Sie verfügt über den Aufenthaltsstatus C.

Nach der Migration wohnte Familie U. zunächst in einer Stadt. Nach zwei Jahren begann der Ex-Ehemann Frau U. und ihren Sohn zu schlagen. Frau U. fühlte sich damals hilflos und ausgeliefert, sie konnte sich nicht auf Deutsch verständigen, ihr Sohn war zu der Zeit zehn Jahre alt. Eine aufmerksame Nachbarin bot Frau U. Hilfe an und begleitete sie zweimal in ein Krankenhaus, nachdem der Ex-Ehemann sie massiv physisch misshandelt hatte.

Diese Unterstützung bewirkte, dass Frau U. sich danach traute andere MigrantInnen um Hilfe zu bitten, bis sie schliesslich mit ihrem Sohn ein Frauenhaus aufsuchte. Dort verbrachte sie drei Monate und begann Deutsch zu lernen. Anschliessend zog sie gemeinsam mit ihrem Sohn in eine andere Stadt um und wechselte dadurch auch den Wohnkanton. Zunächst absolvierte sie erneut einen dreimonatigen Deutschkurs. Anschliessend fand sie eine 70 Prozent Anstellung als Altenpflegehelferin. Frau U. hatte in ihrem Herkunftsland eine Ausbildung als Krankenpflegerin abgeschlossen, sieht sich aber in der Schweiz mit dem Problem konfrontiert, dass ihre Ausbildung hier nicht anerkannt wird.

Frau U. war aufgrund ihrer Lebens- und Migrationserfahrungen insgesamt psychisch instabil. Ihre Arbeitsbelastung war sowohl physisch als auch psychisch hoch und sie fühlte sich ihren Erziehungsaufgaben zunehmend nicht mehr gewachsen. Sie vertraute sich einer Lehrerin an, die sie daraufhin zu einem Gespräch mit dem Jugendamt begleitete. Frau U. befürwortete nach der Beratung, ihren Sohn in die Obhut eines Jugendheimes zu geben. Frau U. begann nach der Trennung von ihrem Ex-Mann vermehrt Alkohol zu konsumieren. Sie betäubte ihr Heimweh, ihre Einsamkeit, Trauer und Perspektivlosigkeit mit dem Alkohol und litt unter Essstörungen. Diese Entwicklung beschleunigte sich, nachdem ihr Sohn in ein Jugendheim umgezogen war. Die Vorgesetzte und die Hausärztin von Frau U. sprachen das Alkoholproblem offen an und ermöglichten, dass Frau U. sechs Monate in einer spezialisierten Klinik behandelt wurde. Die Hausärztin, die diesen Aufenthalt initiiert hatte, ist zu einer zentralen Bezugsperson von Frau U. geworden. Sie baute eine Vertrauensbeziehung auf, indem sie Frau U. auch Details aus ihrem persönlichen Leben mitteilte. Während des Klinikaufenthaltes machte Frau U. einerseits einen Alkoholzug, andererseits wurde sie medikamentös mit Antidepressiva behandelt und führte zusätzlich therapeutische Gespräche.

Im Anschluss war es Frau U. möglich, ihre Tätigkeit im Seniorenheim wieder auf zu nehmen, sie selber hat dann später gekündigt. Danach war sie eineinhalb Jahre arbeitslos. Zum Zeitpunkt des Gespräches ist sie seit neun Monaten im Umfang von 50 Prozent erwerbstätig und arbeitet in der Küche eines Sozialprojektes. Sie erhält zusätzliche Sozialleistungen.

Frau U. hat heute stabile soziale Beziehungen aufgebaut. Sie pflegt vielfältige Kontakte und hat sehr intensiven Kontakt zur Mutter ihres Lebenspartners, die einen binationalen Hintergrund hat. Ihre besten Freundinnen, mit denen sie sich regelmässig trifft, sind Migrantinnen aus ihrem Herkunftsland. Wöchentlich besucht sie eine christliche Bibel- und Gesprächsrunde. Ausserdem setzt sie die psychiatrischen Konsultationen fort, die einmal pro Monat stattfinden. Zusätzlich wird Frau U. von einer Mitarbeiterin des Blauen Kreuzes betreut.

Frau U. telefoniert so häufig wie möglich mit ihrem Sohn. Gerne würde sie regelmässig ihre Familie im Herkunftsland anrufen, aber die Telefonate sind zu teuer. Sie hält den Kontakt durch Briefe aufrecht und spart für einen Besuch, den sie in zwei Jahren geplant hat. Frau U. ist heute mit ihrem Leben zufrieden. Sie fühlt sich von ihrem neuen Partner unterstützt und geliebt und schätzt ihre gemeinsame Wohnsituation. Sie vermisst vor allem ihre Familie, ihren Vater und ihre Geschwister, sowie ihr Herkunftsland, ab und an leidet sie immer noch stark unter dieser Traurigkeit.

Bei Frau U. liegt eine Suchtproblematik in Bezug auf Alkohol vor. In der Familie von Frau U. ist Alkoholabhängigkeit weit verbreitet. Ihre Mutter ist an Leberzirrhose gestorben, ihr Vater war ebenfalls alkoholsüchtig, hat das Trinken aber aufgegeben. Der Ex-Ehemann von Frau U. trank regelmässig Wein und Frau U. trank immer mit. Vor sechs Jahren, als ihr Ex-Mann anfang sie zu misshandeln, begann sie sich mit Alkohol zu betäuben. Auch nach ihrem Aufenthalt im Frauenhaus setzte Frau U. den Alkoholkonsum fort, zunächst trank sie vor allem Bier und Wein, später aber auch hochprozentige Getränke wie Cognac oder Whiskey. Während der Arbeitszeit trank sie nie sondern vor allem alleine zu Hause.

Heute trinkt Frau U. ab und an ein Glas Wein zum Essen, aber sie trinkt nie alleine Alkohol. Sie spürt, dass sie nach wie vor gefährdet ist, wieder in die Abhängigkeit abzugleiten, besonders wenn es ihr psychisch nicht gut geht.

Das Gespräch mit Frau U. konnte in Deutsch geführt werden.

Herr V.: Ausgelagt und zunehmend vereinsamt – Rauchen als letzter Halt

Herr V. ist 50 Jahre alt und vor 22 Jahren in die Schweiz migriert. Er ist verheiratet und hat drei Kinder im Alter von 21, 18 und 12 Jahren. Zunächst war Herr V. temporär als Saisonier in der Schweiz tätig. Erst sieben Jahre später migrierte das Ehepaar V. mit damals zwei Kindern gemeinsam in die Schweiz. Heute verfügt Familie V. über den Aufenthaltsstatus C..

Familie V. lebt zurzeit gemeinsam in einem kleinen Ort und hat eine Viereinhalbzimmer- Wohnung in einem Block gemietet. Herr V. ist mit der Wohnsituation unzufrieden. Die Wohnung ist für fünf Personen recht eng, die beiden Söhne müssen sich ein Zimmer teilen. Herr V. kritisiert das soziale Umfeld: in dem Gebäude leben sehr viele MigrantInnen aus unterschiedlichen Herkunftsländern mit unterschiedlichen Gewohnheiten und es gibt kaum Kontakte in der Nachbarschaft.

Herr V. besuchte in seinem Herkunftsland die Grundschule. Danach hat er keine Berufsausbildung abgeschlossen, sondern erwarb durch die praktische Erwerbstätigkeit Kenntnisse und Erfahrungen als Zimmermann und Maurer. Er wäre gerne weiter zur Schule gegangen und hätte eine fundierte Berufsausbildung gemacht. Aber die sozioökonomische Situation seiner Familie liess dies nicht zu.

Auch in der Schweiz war Herr V. im Bausegment beschäftigt, er arbeitete gar 20 Jahre lang in der gleichen Firma. Die Erwerbstätigkeit auf dem Bau hat ihn nie wirklich befriedigt, vielmehr beurteilt er die Arbeit, die auch unter widrigsten Wetterverhältnissen draussen stattfindet, als Schwerstarbeit.

Seit dreieinhalb Jahren ist Herr V. aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig. Frau V. ist erwerbstätig und hat nun die Ernährerinnenrolle für die Familie übernommen, zusätzlich erledigt sie die reproduktive Arbeit zu Hause.

Herr V. ist seit seiner Arbeitsunfähigkeit und Erwerbslosigkeit zunehmend sozial isoliert. Den überwiegenden Teil des Tages verbringt er alleine in der Wohnung, da die gesamte Familie beschäftigt ist. Nachmittags holt er seine Frau von der Arbeit ab. Ab und an besucht er ein Café und trifft dort Schweizer Bekannte, die er vom Fussballclub seines Sohnes kennt.

Herr V. verabredet sich manchmal mit einem Schweizer Freund, der alleine lebt. Jede zweite Woche besucht Herr V. einen Landsmann, der einen Schlaganfall erlitten hat. Ansonsten hat er nur selten Kontakt zu Personen aus seinem Herkunftsland. In unregelmässigen Abständen besucht Herr V. religiöse Treffen, jedoch haben die sozialen Begegnungen dort eher zufälligen Charakter.

Sein Bruder, der in seinem Herkunftsland lebt, ist die wichtigste Bezugs- und Vertrauensperson für Herrn V.. Sie telefonieren regelmässig und Herr V. teilt mit ihm seine Sorgen.

Innerhalb seiner Familie in der Schweiz erlebt Herr V. wenig Unterstützung. Sein Sohn schenkt ihm zuweilen gewisse Aufmerksamkeit, seine Ehefrau ist mit der Erwerbstätigkeit und der reproduktiven Arbeit zu Hause vollkommen ausgelastet und verweist ihn mit seinen körperlichen Beschwerden an die Ärzte. Von diesen wiederum fühlt Herr V. sich nicht ernst genommen. Auch nicht vom Psychiater, den er regelmässig aufsucht. Hingegen ist die Übersetzerin, die ihn zu wichtigen Terminen begleitet, zu einer Vertrauensperson geworden, der Herr V. seine Probleme anvertraut.

Herr V. leidet auf mehreren Ebenen sehr stark unter seiner Arbeitsunfähigkeit. Neben den körperlichen Beschwerden macht ihm die soziale Isolation und die Stigmatisierung durch ehemalige Kollegen zu schaffen. Herr V. fühlt sich wertlos und unzufrieden, er leidet darunter, dass langjährige Kollegen ihn heute nicht mehr grüssen und empfindet das als vollkommene Missachtung seiner Person und seiner Arbeitsleistung.

Herr V. trinkt zum gegenwärtigen Zeitpunkt überhaupt keinen Alkohol mehr. In der Vergangenheit trank er so viel, dass er dadurch Konzentrationsstörungen hatte. Dieses Alarmsignal nahm er ernst und hörte auf Alkohol zu trinken.

In Bezug auf den Zigarettenkonsum liegt bei Herrn V. eine niedrige Abhängigkeit vor. Er begann mit ca. 15 Jahren zu rauchen. Damals stahl er mit Freunden die Zigaretten vom Vater.

Wenn er Sorgen hat, dann steigert Herr V. seinen Zigarettenkonsum. Während der Fastenzeit stellt Herr V. seinen Zigarettenkonsum vollständig ein.

Alle Personen seines sozialen Umfelds, setzen ihn unter Druck und möchten bewirken, dass er mit dem Rauchen aufhört. Sein Bruder und Vater waren starke Raucher, sind heute absolut nikotinabstinent und wollen ihn – gemäss seinen Aussagen – „bekehren“.

Seiner Gesundheit zuliebe achtet Herr V. auf die Ernährung und geht soviel wie möglich spazieren. Ausserdem versucht er „Sorgen aus dem Weg zu gehen“.

Das Gespräch wurde in der Muttersprache von Herrn V. mit Unterstützung einer Übersetzerin geführt.

Frau W.: Rauchen bleibt ihr einziger Luxus

Frau W. ist 54 Jahre alt und migrierte vor 24 Jahren in die Schweiz. Sie ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder im Alter von 36 und 34 Jahren. Das Ehepaar W. verfügt über den Aufenthaltsstatus C.

Frau und Herr W. haben entschieden, permanent in ihr Herkunftsland zu remigrieren. Ihre Rückkehr sollte bereits stattgefunden haben, musste aber aus organisatorischen Gründen verschoben werden. Deswegen haben sie übergangweise eine sehr kleine Wohnung gemietet, in der sie seit neun Monaten leben. Dementsprechend sind die nachbarschaftlichen Kontakte beschränkt.

Vorher wohnten sie in einem grösseren Mietgebäude, in dem ausser ihnen keine MigrantInnen lebten. Frau W. schätzte die Umgebung und die ruhige Lage sehr. Es dauerte allerdings sehr lange, rund zehn Jahre, bis Familie W. verbindliche Kontakte in der Nachbarschaft geknüpft hatte. Das Einstellen auf die „Mentalität von SchweizerInnen“ empfand Frau W. als grosse Anpassungsleistung.

Frau W. stammt aus einem dörflichen, bäuerlichen Kontext. In ihrem Herkunftsland besuchte sie acht Jahre die obligatorische Schule. Daran anschliessend erlernte sie drei Jahre das Schneiderhandwerk bei einer Privatschneiderin, ohne jedoch eine formale Berufsausbildung abzuschliessen.

Bevor Frau W. in die Schweiz kam, hatte sie bereits Migrationserfahrung. Mit 18 Jahren ging sie in ein anderes europäisches Land, um dort zu arbeiten. Die Ferien verbrachte sie bei ihrer Familie im Herkunftsland.

In der Schweiz war Frau W. bis vor drei Jahren immer erwerbstätig. Wenn das Unternehmen es verlangte, arbeitete sie 16 bis 17 Stunden pro Tag sowie am Wochenende. Frau W. hat in ihrem Leben immer viel und gerne gearbeitet. Vor drei Jahren verlor sie aus gesundheitlichen Gründen ihre Arbeitsstelle und ist seitdem erwerbslos. Frau W. leidet sehr unter der Arbeitslosigkeit, das Geld ist knapp und sie fühlt sich von SchweizerInnen in ihrem Wohnort als „faul“ missachtet. Frau W. bedauert zutiefst, dass sie zu wenig in ihre berufliche Weiterbildung investiert hat. In ihrem Alter sei es jetzt ohne eine abgeschlossene Berufsausbildung und ohne IT-Kenntnisse sehr schwierig, eine neue Arbeitsstelle zu finden.

Frau W. hat seit ihrer Erwerbslosigkeit so viel Freizeit wie nie zuvor in ihrem Leben. Einen Grossteil ihrer Freizeit verbringt sie heute alleine. Manchmal trifft sie sich mit Bekannten, die sie schon länger kennt. Ab und an besucht sie eine ehemalige Schweizer Nachbarin, die jetzt in einem Pflegeheim lebt. Der Kontakt mit Verwandten aus ihrem Herkunftsland findet eher selten statt, sie pflegt aber regelmässige Kontakte zu MigrantInnen aus ihrer Herkunftsregion. Eine wichtige Bezugsperson ist eine Übersetzerin, die ihr in vielerlei Hinsicht zur Seite steht.

Frau W. hat ein zwiespältiges Gefühl zu ihrem Leben als Migrantin in der Schweiz. Einerseits konnte sie immer arbeiten, hat zwei Kinder aufgezogen und gemeinsam mit ihrem Mann während dieser Zeit in ihrem Herkunftsland ein Haus bauen können. Andererseits fühlt sie einen grossen Verlust, denn das Leben als „Ausländerin“ in der Schweiz war schwer für sie. Die Aussicht, am Ende in die Heimat zurückzukehren, diente lange Zeit als Rettungsanker. Doch nun fürchtet sie sich davor, denn sie weiss, dass sie, bedingt durch soziale und gesellschaftliche Veränderungen im Heimatland als auch durch ihre eigene Transkulturalisierung in der Schweiz, dort gleichsam zur „Ausländerin“ geworden ist. Die ökonomische Zukunft vom Ehepaar W. ist ungewiss, da ihr Ehemann sich völlig neu orientieren und im Herkunftsland ganz von vorne beginnen muss. Zudem sorgt Frau W. sich um ihre Kinder, die nach ihrer Einschätzung als MigrantInnen der zweiten Generation „weder Schweizer noch Ausländer sind“.

Insgesamt scheint sie während des Gespräches erstaunt, dass sich jemand für sie persönlich, für ihre Einschätzungen und Beurteilungen interessiert.

In Bezug auf das Rauchen liegt bei Frau W. eine niedrige Abhängigkeit vor.

Sie begann mit 18 Jahren zu rauchen, als sie zum ersten Mal als Arbeitsmigrantin in einem anderen Land lebte. Kolleginnen boten ihr Zigaretten an, und nach und nach wurde das Rauchen zum einzigen Vergnügen und Luxus, das sie sich regelmässig gönnte. Sie rauchte und leistete sich einzig die Fahrschule und damit den Führerschein. Ansonsten arbeitete sie für die Familie.

Bis heute sind die Zigaretten das einzige Vergnügen von Frau W. geblieben und sie hat Freude am Rauchen. Sie versuchte nie ernsthaft mit dem Rauchen aufzuhören, einerseits aus Angst, dass sie versagen könnte, andererseits aus dem Gefühl heraus, ihr einziges Vergnügen dadurch zu verlieren.

Das Gespräch wurde in der Muttersprache von Frau W. mit Unterstützung einer Übersetzerin geführt.

Herr Z.: Physisch und psychisch angeschlagen scheitert jeglicher Nikotinentzug

Herr Z. ist 49 Jahre alt und vor 13 Jahren in die Schweiz migriert. Auslöser für die Migration waren Krieg und der damit verbundene Arbeitsplatzverlust.

Herr Z. ist verheiratet und hat drei Töchter, die älteste ist 14 Jahre alt. Familie Z. lebt seit der Migration in der gleichen Wohnung in einem kleinen Ort und verfügt über den Aufenthaltsstatus C. Herr Z. spricht nur wenig Deutsch.

In seinem Herkunftsland absolvierte Herr Z. eine Berufsschule für das Schuhmacherhandwerk, arbeitete aber nie in diesem Beruf. Er besuchte zusätzlich Kurse für die Schneiderei und arbeitete in der Bekleidungsindustrie an der Nähmaschine. Diese Tätigkeit sicherte ihm ein zufriedenstellendes Einkommen.

In der Schweiz war er lange Jahre in der Verpackungsabteilung einer kleinen Firma tätig. Die Firma musste dann Konkurs anmelden und Herr Z. wurde arbeitslos. Seit acht Monaten arbeitet Herr Z. nicht mehr. Er leidet unter Rückenproblemen, die er auf seine Tätigkeit an der Nähmaschine zurückführt, und hat eine IV-Rente beantragt. Seine Frau befindet sich ebenfalls im IV-Abklärungsverfahren, beide Verfahren sind noch nicht abgeschlossen.

Seitdem er erwerbslos ist, lebt Herr Z. zurückgezogen. Er befindet sich in einer psychischen Krise, wird seit Mai 2004 psychiatrisch und medikamentös behandelt. Der Psychiater ist seine wichtigste Vertrauensperson, mit ihm bespricht Herr Z. seine Sorgen. Auch die Sozialarbeiterin ist eine zentrale Kontaktperson geworden, die für Herrn Z. eine Brückenfunktion zur Schweizer Gesellschaft ausübt. Bei wichtigen Gesprächen begleitet ihn die älteste Tochter zum Übersetzen.

Seine Freizeit verbringt Herr Z. mit Landsleuten. Als er noch erwerbstätig war, trafen sie sich häufiger, heute, bedingt durch seine psychische Krise, distanziert sich Herr Z. von seinen Kollegen, die alle noch im Berufsleben stehen. Aber seine Landsleute unterstützen ihn, indem sie ihm zur Beispiel ihr Auto zur Verfügung stellen. Zudem laden sie sich gegenseitig zum Kaffee trinken ein.

Ausserdem hat er durch seine Töchter Kontakte zu den Eltern ihrer SchulfreundInnen.

Die nachbarschaftlichen Beziehungen sind aufgrund der Sprachbarrieren jedoch auf formales Grüssen und gegenseitige Unterstützung bei technischen Problemen in der Wohnung reduziert.

Herr Z. ist mit seinem Leben mittelmässig zufrieden, die Arbeitslosigkeit ist ein Problem. Allerdings wiegt der Verlust seines Arbeitsplatzes im Herkunftsland für ihn schwerer als die Arbeitslosigkeit in der Schweiz. Herr Z. fühlt sich insgesamt durch den Sozialdienst und den Psychiater angemessen unterstützt.

Bei Herrn Z. liegt in Bezug auf das Rauchen eine mittlere Abhängigkeit vor.

Er begann mit 17 Jahren während der Berufsschulzeit Zigaretten zu rauchen. Zu Beginn schmeckten ihm die Zigaretten nicht und er wunderte sich damals, warum die Schulkameraden so viel rauchten. Zeitweilig rauchte er lediglich am Wochenende, wenn er ausging, während die anderen regelmässig Zigarettenschachteln kauften.

Während seines einjährigen Armeedienstes begann Herr Z. seinen Zigarettenkonsum zu steigern. Sein Heimweh war gross, denn Herr Z. war erstmals für so lange Zeit von seiner Familie getrennt und hatte nur zwei Wochen Urlaub in diesem Jahr. Zudem war der militärische Drill streng und die Rekruten kompensierten ihre Wut und Frustration mit dem Zigarettenrauchen.

In der Schweiz rauchte Herr Z. weder während der Arbeit, noch machte er Zigarettenpausen.

Er hat wiederholt versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Das Gefühl, dass es ihm besser gehen würde ohne Zigaretten und die Vorstellung einer Ansammlung von Schadstoffen in der Lunge, in anbetracht seiner 30-jährigen Rauchpraxis, waren der Auslöser. Vor nahezu zwei Jahren startete Herr Z. einen erneuten Versuch und hielt 17 Tage ohne Zigaretten aus, bis er rückfällig wurde. Bei den zwei Versuchen jüngerer Datums bewältigte er die ersten drei Tage ohne grössere Probleme, rutschte dann aber in eine Krise, die von Panikattacken gekennzeichnet war.

Unterstützung erhielt Herr Z. lediglich von seinem Psychiater, der eine Vertrauensbeziehung einging, indem er ihm vom eigenen Versuch erzählte, mit dem Rauchen aufzuhören und ihm seine Nikotinkaugummis anbot. Die Frau von Herrn Z., die selber ausgiebig raucht, hüllt sich angesichts seiner Versuche in Schweigen. Herr Z. interpretiert ihr Schweigen als vorgängig erwarteten Misserfolg.

Das Gespräch wurde in der Muttersprache von Herrn Z. mit Unterstützung einer Übersetzerin geführt.

3 Ergebnisse der Befragung von Fachpersonen mit Migrationshintergrund

Das Gruppengespräch fand unter **12 Fachpersonen mit Migrationshintergrund** statt und wurde – wie oben bereits erwähnt – in vier thematische Blöcke unterteilt:

- (1) **Einstellungen und Verhalten:** Welche Problemlagen und Anliegen sind in der migrationsspezifischen Arbeit zentral?
- (2) **Kommunikation:** Welche Kanäle, welche Settings und schliesslich allgemein, welcher Zugang zur Migrationsbevölkerung führen dazu, dass die Botschaft aufgenommen und die Angebote genutzt werden?
- (3) **Good Practice:** Welches sind wichtige Voraussetzungen und Qualitätskriterien im Bereich Prävention bei MigrantInnen?
- (4) **Bedürfnisse** und Handlungsbedarf sowie aktuelle Hindernisse und (un-) günstige Rahmenbedingungen der Arbeit in diesem Bereich.

Die Ergebnisse aus dem Gruppengespräch werden im Folgenden kurz tabellarisch dargestellt (vgl. Anhang 2).

3.1 Einstellungen und Verhalten

Die Fachpersonen mit Migrationshintergrund kommen in der Diskussion über die **Einstellungen** und das **Verhalten** von MigrantInnen bezüglich Problemlagen und Anliegen in der migrationsspezifischen Arbeit zusammengefasst zu folgenden Schlüssen:

Einstellungen und Verhalten

- Die **Heterogenität** der Gruppe MigrantInnen muss in der migrationsspezifischen Arbeit berücksichtigt werden (z.B. bezüglich Generationen und Geschlechter).
- Bei MigrantInnen wird eine gewisse Passivität oder, in anderen Worten, eine **kurative Haltung** gegenüber Gesundheit festgestellt (z.B. aufgrund von Mangel an Informationen oder Mangel an Integration).
- Fragen der Einstellungen und des Verhaltens bezüglich Gesundheit sind **historisch** geprägt. Eine entsprechende Kultur der **Eigenverantwortung** muss sich langfristig entwickeln können.

- Die **strukturellen Bedingungen** bestimmen weitgehend Einstellungen und Verhalten in Bezug auf Gesundheit und Prävention (z.B. Angebot fremdsprachiger Beratungen, Öffnung von Institutionen gegenüber MigrantInnen).
- Gesundheit respektive primäre Prävention hat **nicht erste Priorität** für MigrantInnen (Fragen bezüglich Arbeitssituation, Wohnen, Ausbildung der Kinder stehen an erster Stelle).
- Angebote im Bereich der Prävention verlangen eine **andere Herangehensweise** bei MigrantInnen aufgrund ihrer Einstellungen (z.B. Zugang über Vertraute(s)).

3.2 Kommunikation

Gefragt nach den idealen Formen und Kanälen der **Kommunikation**, welche für Präventions-Botschaften gewählt werden müssen, damit MigrantInnen erreicht werden, kommen die Fachpersonen im Gruppengespräch zu folgenden zusammengefassten Aussagen:

Kommunikation

- Der Zugang über Schlüsselpersonen bzw. Interkulturelle VermittlerInnen ist in verschiedener Hinsicht **problematisch** (z.B. aufgrund ihrer unklaren Rolle und / oder einer fehlenden institutionellen Einbettung dieser Personen).
- Nachhaltige Arbeit bedarf der grundsätzlichen **Öffnung der Institutionen** gegenüber MigrantInnen im Sinne einer Arbeit mit **transkulturellem Ansatz**.
- **Sprache** als Haupthindernis in der Präventionsarbeit wird allgemein überbewertet (es ist vielmehr eine Kombination unterschiedlichster Faktoren).
- Sprache ist wichtig im Zusammenhang mit **Vertrauensbildung** (Botschaften sind kognitiv und emotional zugänglicher, Sprache symbolisiert Wahrnehmung).
- **MigrantInnen-Vereine** spielen eine wichtige Rolle beim Zugang zu MigrantInnen
- In der Präventionsarbeit mit MigrantInnen soll **aufsuchende Arbeit** im Vordergrund stehen.
- Präventionsbotschaften müssen unkompliziert formuliert und in der **Alltagssprache** verfasst sein.
- **Hausärztinnen** und **Hausärzte** sind eine wichtige Anlaufstelle im Präventionsbereich.
- Community-spezifische **Medien** müssen berücksichtigt werden (z.B. Zeitungen, Fernseh- und Radiosender aus dem Herkunftsland) für Prävention bei MigrantInnen.
- **Systeme** mit hoher **MigrantInnenvertretung** müssen in der migrationsspezifischen Präventionsarbeit berücksichtigt werden (z.B. Gewerkschaften und Sportvereine für Zusammenarbeit gewinnen).

3.3 Good Practice

Die Fachpersonen diskutierten – aufgrund ihrer vielseitigen Erfahrungen im Bereich – in einem dritten Schritt die wichtigsten Voraussetzungen und Qualitätskriterien für **Good Practice** in der Präventionsarbeit mit MigrantInnen. Folgende Schwerpunkte ergaben sich zusammengefasst aus dieser Diskussion:

Good Practice
<ul style="list-style-type: none">• Transkulturelle Öffnung der Institutionen bildet der rote Faden, der sich durch alle Kriterien für Good Practice durchzieht (z.B. Integration von MigrantInnen in Institutionen).• Good Practice heisst, mit niederschweligen Ansätzen zu arbeiten.• Vernetzung auf verschiedenen Ebenen der Zusammenarbeit suchen und ermöglichen (z.B. durch Weiterbildung, Vermittlung etc.) bedeutet Good Practice.• Interkulturelle Kompetenzen zu erwerben ist grundlegend für die Arbeit in diesem Bereich.• Für Good Practice empfiehlt sich der Community-Ansatz³.

3.4 Bedürfnisse

Im Gruppengespräch wurden der Handlungsbedarf und die **Bedürfnisse** der Fachpersonen bezüglich migrationsspezifischer Angebote diskutiert. Aktuell festgestellte Hindernisse wurden erhoben. Folgendes ergab die Diskussion zusammenfassend:

Bedürfnisse
<ul style="list-style-type: none">• Der Zeitfaktor ist wichtig, langfristig zu denken eine Voraussetzung.• Fehlende finanzielle Sicherheit in den Projekten ist ein permanentes Problem.• Mehr Forschung ist notwendig, und auch solche, die MigrantInnen mit einbezieht (z.B. auch als Forschende).• Sensibilisierung von Fachpersonen (z.B. mittels Weiterbildung) und von PolitikerInnen für den Bedarf in dieser Thematik ist erforderlich.• Die Umsetzung von Projekten muss mit MigrantInnen gemeinsam erfolgen, auf

³ Der Community-Ansatz geht von der Berücksichtigung lokaler spezifischer Gegebenheiten aus und bedeutet, dass Projekte auf der Basis gemeinsamer Interessen und unter Beteiligung und Ermächtigung der (betroffenen) Gemeinschaften und ihrer RepräsentantInnen geplant und umgesetzt werden (in Anlehnung an den in der Ottawa Charter definierten Ansatz *Community Action for Health*: WHO, 1998).

Erfahrungen aufbauen und im Kleinen anfangen.

- **Nachhaltigkeit** von migrationsspezifischen Projekten ist zu sichern im Sinne von Veränderung der Betriebskultur in Institutionen (durch transkulturelle Öffnung).
- **Vertrauensbildung** und **Lobbyarbeit** für die Thematik sind zentral.

Die hier präsentierten Ergebnisse der Umfrage unter den Fachpersonen mit Migrationshintergrund werden im Schlusskapitel (Kapitel 5) wieder aufgenommen in der Kontrastierung mit den Ergebnissen aus der Umfrage unter den Migrantinnen und Migranten, welche nun im folgenden Kapitel 4 dargestellt werden.

4 Ergebnisse Umfrage unter Migrantinnen und Migranten

4.1 Einleitung

Die Ergebnisse aus der Umfrage werden in folgende zwei Themenblöcke aufgeteilt: Das Verhalten bezüglich **Konsum** und das Verhalten hinsichtlich **Prävention** der Befragten im Zusammenhang mit Tabak und Alkohol.

Im Rahmen des Konsumverhaltens wurde die **Bedeutung** des Konsums sowie die **Einstellung** zum Konsum der Befragten sowie von deren sozialem **Umfeld** erfasst. Ebenso in diesem Kapitel wird die Motivation allfälligen **Entzügen** abgehandelt.

Im Zusammenhang mit dem Präventionsverhalten wurde das **Gesundheitsverhalten**, das **Wissen** über die **schädlichen Auswirkungen** des Konsums von Tabak und Alkohol, das **Wissen** und der **Zugang** zu **Angeboten** der Prävention sowie schliesslich **Bedürfnisse** der Befragten bezüglich Präventions- und Informationsangeboten erhoben.

Die Ergebnisse werden jeweils innerhalb der Unterkapitel zusammengefasst und interpretiert in Kästen wiedergegeben. In den grau unterlegten Feldern werden – ebenfalls entlang der Unterkapitel – Empfehlungen für präventive Massnahmen vorgeschlagen. Die Ergebnisse in den Kästen und die Empfehlungen in den grauen Feldern beziehen sich **direkt** auf die Umfrage unter den Migrantinnen und Migranten, wenn dies nicht eindeutig anders angegeben wird (mittels Literaturverweis in Klammern).

4.2 Tabakkonsumverhalten

4.2.1 Bedeutung des Konsums und Einstellung zum Konsum von Tabak

Wer offen zugibt, immer und überall, auch in der **Wohnung** und während der Arbeit und jederzeit, auch in der **Nacht** und wenn er **krank** sei, und aktuell gar nach einem diagnostizierten Blutgerinnsel weiterhin zu rauchen, wie dies Herr T. macht, bildet eine Ausnahme in unserer Umfrage. Es gab zwar einige Personen, die ebenfalls sehr starke RaucherInnen waren, sie haben unterdessen ihren Konsum aus verschiedenen Gründen aber reduziert oder ganz aufgegeben.

Geraucht wird – auch unter den stark rauchenden befragten Personen – meist nicht (mehr) immer und allerorts: Weit verbreitet scheint unterdessen eine gewisse Rücksicht auf **NichtraucherInnen** und die Praxis, zumindest das Rauchen in der **Wohnung** (in privaten

Räumen) zu unterlassen und z.B. nur auf dem **Balkon** zu rauchen. Typisch für unser Sample ist folgende Aussage: „*Ich versuche dort zu rauchen, wo es passend ist*“ (Herr E.). **Kinder** vor Passivrauchen zu schützen, ist ein verbreitetes und akzeptiertes Verhalten. Dieses Verhalten wird dabei auch BesucherInnen gegenüber (z.B. der eigenen Verwandtschaft aus dem Herkunftsland) deklariert und realisiert (Frau D.).

Eine gewisse Sensibilität und Rücksichtnahme gegenüber NichtraucherInnen, insbesondere gegenüber Kindern, ist typisch in unserem Sample. Eine Ausnahme stellen jene Personen dar, die überall und immer rauchen ohne Rücksichtnahme auf ihr Umfeld. Die wachsende Wahrnehmung der Risiken, welche das Passivrauchen birgt, und die entsprechende Anpassung der RaucherInnen ist auch in der Schweizerbevölkerung zu verzeichnen (vgl. Radtke et al., 2007)

Empfehlungen für präventive Massnahmen:

Ø Der angedeutete **Normenwandel** in Bezug auf steigendes Bewusstsein der Gefahren des Passivrauchens (insbesondere in Bezug auf Kinder) ist als Ressource zu nutzen und bei Interventionen zum Rauchstopp gezielt einzubeziehen (vgl. dazu auch die Rolle der Eltern weiter unten). Ebenfalls dürfte hier die angelaufene Verhältnisprävention in den einzelnen Herkunftsländern genutzt werden.⁴

Rauchen ist teils eine **Gewohnheit**, die auf viele, z. T. auf sehr viele Jahre (mehr als 30 (Frau E., Herr T., Herr V., Frau W., Herr Z.) bis 40 Jahre (Herr N.)) zurück geht und meist im Jugendalter (14 – 16 Jahre) angefangen hat oder gar als Kind bereits einer Erfahrung entsprach: „*Mein Vater hat mir mit sechs Jahren die erste (selbst gedrehte) Zigarette gegeben, es war bei uns im Dorf üblich, dass die Jungen als Symbol der Männlichkeit von den Vätern dazu gebracht wurden zu rauchen, es war ein Geschenk*“ (Herr N.).

Das Rauchen einer Zigarette dient den RaucherInnen zur **Entspannung** (Frau B. und Herr I.), spendet **Trost** (Herr N.) und beruhigt unter **Stress** (Herr L.) oder bei (psychischer) **Belastung** (Herr A., Herr H., Frau E., Frau W., Herr Z.): diese Belastungen können ganz alltäglich sein (Frau E.) und werden bereits durch kleinere Schwierigkeiten ausgelöst oder weil die Wohnung als zu klein und zu eng empfunden wird. Als Belastung wird etwa auch **Arbeitslosigkeit** genannt (Frau W., Herr Z.) oder das **Heimweh** (Herr Z.).

⁴ In der Türkei z.B. herrscht ab dem 1.1.2008 im gesamten öffentlichen Raum ein Rauchverbot.

Rauchen wird aber auch als einzige **Tätigkeit** (Herr E.) oder gar als einzige **Freude** (Frau E. und Frau W.) und **Hobby** (Frau E.) beschrieben. Frau W. führt das so aus: *„Andere sind in die Disco und den Ausgang, für mich war das Rauchen das einzige Vergnügen, der einzige Luxus, den ich mir leistete. Damals war das einzige Ziel der Frauen, zu arbeiten den Haushalt schön ordentlich zu halten und sich danach eine Zigarette zu gönnen, (...) sie waren sehr arm, haben sich nie etwas geleistet, weder Ferien noch schöne Kleider oder sonst was. Die Frauen meiner Generation bereuen, dass sie so viel vernachlässigt haben; z.B. an sich selber zu arbeiten, und nun merken sie, sie haben soviel verpasst und das ist schade“* (Frau W.).

Von Herrn H. und Herrn N. wird die Zigarette gar als **bester Freund** bezeichnet, der sie bei ihren psychischen Belastungen (u. a. aufgrund von Gefängnisarrest und Foltererfahrung im Herkunftsland) beruhigt und unterstützt. Gleichzeitig geht vom selben ‚Freund‘ für Herrn N. die grösste Angst aus, nämlich, dass seine eigenen Kinder später rauchen werden.

Rauchen ist bei den Befragten – zum Teil langjährige und tradierte – Gewohnheit. Der genannte häufige Beginn der klassischen Raucherkarriere im Jugendalter deckt sich mit den Ergebnissen aus entsprechenden Untersuchungen in anderen Ländern (vgl. z.B. Currie et al., 2004; für die Schweiz Schmid et al., 2007).

Der Einstieg in das Rauchen wird durch die Betroffenen selber gar als Initiation (in die Männergesellschaft) (vgl. dazu auch Nierkens et al., 2005) und als Gabe beschrieben (vgl. dazu auch Nichter, 2003).

Rauchen dient – so zeigt das Sample – der Beruhigung und der Beschäftigung. Zum Teil wird Rauchen auch als einzige Freude oder bester Freund bezeichnet. Dem Rauchen kommt dabei als Coping-Strategie – gerade unter Personen, die sich in einer marginalisierten Position befinden – eine wichtige Funktion zu. Das Rauchen wird also als Stressbewältigung gegen alltägliche sozio-ökonomische Sorgen eingesetzt oder gegen die Frustration, welche aus der Arbeitslosigkeit oder Heimweh heraus wächst (vgl. dazu auch Stead et al., 2001).

Das Rauchen wird damit – in unserem Sample – als integraler Teil des Alltags dargestellt und ist biografisch und soziokulturell stark verankert. Der beste Freund, die einzige Freude, kann aber gleichzeitig der grösste Feind sein. Die geschilderte Ambivalenz scheint typisch für RaucherInnen zu sein und findet sich auch in anderen Studien (z.B. bei Amos et al., 2006 oder bei Lipkus et al., 2001).

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Der (Doppel-) **Rolle**, die dem Rauchen für die Betroffenen im Alltag zukommt, muss bei den Interventionen Beachtung geschenkt werden. Die Thematisierung der beschriebenen Ambivalenz stellt einen zentralen Bestandteil der Technik der motivierenden Gesprächsführung (*motivational interviewing* nach Miller & Rollnick, 2002) dar, die sich in verschiedenen Problemfeldern anwenden lässt.⁵

Ø Förderung von **Ressourcen**, die Coping-Strategien ohne selbstschädigendes Verhalten ermöglichen. Dabei sind migrationsspezifische Ressourcen wie translokale und transnationale soziale Netze oder spezifische Verwandtschafts- und Familienstrukturen etc. zu beachten.

Ø Rauchen als **Kompensation** (Lebenssinn) und **Entlastungsstrategie** hat insofern migrationsspezifische Bedeutung, als der Zusammenhang zu migrationsspezifischen Erfahrungen, wie bspw. bestimmte Entbehrungen oder soziale Isolation, gemacht werden kann. Für präventive Massnahmen hinsichtlich dieser Kompensation ist besondere Sensibilität gefragt.

Ø Es sind insbesondere strukturelle migrations- und integrationspolitische Massnahmen notwendig, welche über die eigentliche Präventionsarbeit hinaus führen. Die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Instanzen ist voranzutreiben.

Neben der positiven Rolle, welche dem Rauchen im Alltag zugeschrieben wird, wird die **Gefahr**, die vom Rauchen ausgeht, durch die Befragten vereinzelt bagatellisiert „*alle sagen, es ist nicht so schlimm*“ (Frau D.) und die Angst vor der gesundheitsschädigenden Wirkung des Rauchens zur **Rechtfertigung** bzw. zur eigenen **Beruhigung** zerstreut: „*Alle können Krebs kriegen, auch jene, die passivrauchen: Lieber die guten Zigaretten selber rauchen als das Schlechte der Zigaretten beim Passivrauchen abbekommen*“ (Frau W.).

Andere (starke Raucher) verharmlosen nicht, sondern manifestieren eine **Gleichgültigkeit** und überlassen ihr Leben und ihre Zukunft dem **Schicksal** und damit dem Unveränderbaren (Herr N. und Herr T.). Herr T. verweist auf sein Alter (rund 50 Jahre) und meint, er hätte bereits so lange geraucht, dass es nichts nützen würde aufzuhören.

Herr Z. hingegen gesteht explizit und als einzige Person des Samples, dass er sich **schäme**, wenn Leute ihn auf das Rauchen ansprechen und er äussert den **Wunsch**, damit **aufhören** zu

⁵ Vgl. dazu auch das Konzept der Kurzinterventionen bei Rauchentwöhnung McDonald et al., 2003; Kröger & Piontek, 2005; Chinet et al., 2006.

können:⁶ „Ich bin nun 49 Jahre alt und rauche nun seit fast 30 Jahren, (...) ich habe das Gefühl, das sammelt sich alles da drin in mir an und irgendwann mal kommt das irgendwie alles raus. Es ist eher so irgendwie aus Angst. Es ist nicht unbedingt wegen der Gesundheit, sondern einfach die Vorstellung, es würde mir besser gehen, wenn ich nicht mehr rauche.“ (Herr Z.).

Manche – in erster Linie ehemalige RaucherInnen und NichtraucherInnen – äussern sich gegen das Rauchen und verbinden damit Negatives, in erster Linie die Beeinträchtigung der **Gesundheit**,⁷ dann aber auch die **Abhängigkeit** des Rauchers, der Raucherin, die die Beziehung zum Umfeld beeinträchtigt und schliesslich die **finanzielle** Belastung durch den Kauf von Zigaretten.

Das Rauchen wird durch die Befragten teils verharmlost, gerechtfertigt und resigniert akzeptiert oder ist im Gegenteil mit Scham verbunden und weckt den Willen, dagegen anzugehen, sei es aus gesundheitlichen, finanziellen oder anderen Gründen. Das bei Frau W. beschriebene Verhalten, mittels dessen die Gefahren des Rauchens verharmlost oder (vermeintlich) relativiert werden, ist charakteristisch für das Phänomen der kognitiven Dissonanz, welches für süchtiges, selbstschädigendes Handeln typisch ist (vgl. dazu Halpern, 1994)⁸.

Ein Problembewusstsein ist bei den Rauchenden (des Samples) kognitiv vorhanden, wird aber typischerweise verdrängt. Eine differenzierte ablehnende Einstellung gegenüber dem Tabakkonsum zeigt sich in unserem Sample in erster Linie bei den ehemaligen RaucherInnen oder bei den NichtraucherInnen.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø **Migrationsspezifische** Anpassung von Präventionsprojekten, insbesondere bezüglich der Informationsvermittlung, der Interaktionsformen und der verwendeten Symbolik/Asthetik. (vgl. dazu Tiryaki Kukla bei Stevens, 2002).

Ø Der (implizit) geäusserten **Bereitschaft** bzw. dem manifestierten Willen, das Rauchen aufzugeben, muss (z.B. beim Arzt) Beachtung geschenkt werden.

⁶ Zum Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, siehe Kapitel 4.2.3.

⁷ Zum Wissen über die schädigenden Auswirkungen des Rauchens siehe Kapitel 4.4.2.

⁸ Kognitive Dissonanz ist nach Festinger die Bezeichnung dafür, dass zwischen kognitiven Elementen eine Beziehung des Widerspruchs vorliegt. Festinger nimmt an, dass kognitive Dissonanz als unangenehm empfunden und wenn möglich vermieden oder reduziert wird (vgl. dazu auch Dissonanzreduktion bei Klima, 1995).

Ø Der (implizit) geäußerten Bereitschaft bzw. dem manifestierten **Willen**, das Rauchen aufzugeben mit einem konkreten migrationssensitiven Rauchstopp-Angebot begegnen. Das bedeutet, abzuklären ob ein für die Betreffende/ den Betreffenden adäquates Angebot (entsprechend der Sprachkenntnisse, des Wohnortes und der subkulturellen Zugehörigkeit) bereits existiert.

4.2.2 Einstellung der Familie und des Umfeldes zum Tabakkonsum

Die Einstellung zum Rauchen hat eine starke **soziale** Komponente: Einige Befragte erzählen, dass Rauchen während der **Arbeit** (wie der Chef, Herr I.) und im **Klub** (wie die Freunde, Herr I.) oder besonders im **Ausgang** (Herr L.) einer üblichen Praxis entspricht oder entsprach.

Es wird behauptet (z.B. Frau B., Frau G.), dass in der **Schweiz** generell mehr geraucht werde, als im jeweiligen Herkunftsland. Eine Befragte beobachtet, dass in der Schweiz die **Einheimischen** mehr rauchen als Menschen aus ihrem Herkunftsland (Frau D.) und dritte meinen, besonders **Frauen** (Frau G.) und **alte** Menschen (Frau R.) und **jüngere Personen** würden in der Schweiz mehr rauchen als dort, woher sie ursprünglich kommen.

Gleichzeitig erzählen andere – und dieselben – von einem tradierten Verhalten aus der **Herkunftsfamilie** und/oder **-gesellschaft**, wo das Rauchen von Zigaretten als unproblematisch und als männlich betrachtet und teils sogar sozial gefördert worden sei (Herr N. und Frau R.): *„Mein Vater hat selbst gedrehte Zigaretten geraucht, meine Geschwister rauchen alle, meine Mutter hat nie geraucht, aber hat mir sogar die Zigaretten gekauft und nach Hause gebracht“* (Frau R.). Frau D. berichtet aus ihrer Familie, wo der Tabak selber angebaut und in Zeitungspapier eingerollt von allen geraucht wurde. Auch heute gehört das Rauchen in der (Herkunfts-) Familie teilweise einfach dazu: *„Alle Kollegen rauchen, die Schwester raucht, mein Vater hat geraucht, meine beiden Onkel und Tanten rauchen seit über 40 Jahren. In meinem Herkunftsland raucht jeder in der Schule, bereits auch Acht-, Neun- und Zehnjährige. Es ist nicht verboten, keine Sanktionen angedroht, nichts. Der Konsum ist völlig toleriert.“* (Herr L.).

Ebenso kommt der **Widerstand** gegen das Rauchen – im Wissen um die Folgen des Rauchens und aus anderen Gründen (z.B. der Gestank) – aus ebendiesen **Familien** oder einzelner Mitglieder derselben, welche das Rauchen ablehnen und einen gewissen **Druck** auf die Raucherin oder den Raucher ausüben, das Rauchen aufzugeben: *„Ich mache ihn (den Ehemann) zeitweise darauf aufmerksam, dass er bereits eine Schachtel geraucht hat, aber das*

*ändert nichts an seinem Konsum. Er ist eine erwachsene Person, es ist traurig, störend und frustrierend – aber man kann nichts machen “ (Frau B.). Auch Frau W. und Herr Z. schildern, dass die Familie und insbesondere jene Mitglieder, die früher sehr starke Raucher waren, Druck machten, mit dem Rauchen aufzuhören und sie nun „bekehren“ wollten, was bei Herrn Z. gar gegenteilige Wirkung hat: *„Ich würde wohl früher aufhören, wenn nicht alle so auf mich einreden würden. Dann könnte ich besser aufhören.“**

Rauchen ist – so zeigt unser Sample – soziale Praxis: Die Gesellschaft oder die Familie gibt vor, dass Tabakkonsum dazugehört. Der starke Einfluss von peer groups auf den individuellen Substanzkonsum (besonders auch am Beispiel des Rauchens vielfach aufgezeigt) wurde in zahlreichen Studien – v. a. bei Adoleszenten – untersucht und beschrieben (z.B. bei Graham, 1991; Lundborg, 2006). Allerdings scheint es beim Einfluss der peer groups erhebliche gruppenspezifische Unterschiede zu geben, was im Zuge einer allfälligen Generalisierung dieses Phänomens einer genaueren Überprüfung bedarf (Landrine et al., 1997).

Die Gesellschaft ist – für die hier Befragten – einerseits die Herkunftsgesellschaft oder die Herkunftsfamilie, wo Rauchen z. T. als üblich beschrieben wird – gilt unspezifisch für mehrere Herkunftsländer der Befragten –, andererseits ist es die Aufnahmegesellschaft Schweiz, wo das Rauchen z. T. als verbreiteter wahrgenommen wird. Ob dies auf die Menge des Konsums oder auf die Art des Konsums (öffentlicher und sichtbarer in der Schweiz) zurückgeführt werden muss, zeigt sich nicht eindeutig. Es kann aber auch das unmittelbare Umfeld sein, das Setting, die ArbeitskollegInnen und die FreundInnen, die Rauchen als soziales Verhalten gewissermassen legitimieren, so beschreiben es die Betroffenen.

Schliesslich kann gleichzeitig aus der Familie der grosse Widerstand und – insbesondere von ehemaligen RaucherInnen – Druck gegen das Rauchen ausgelöst werden. Der Einfluss des elterlichen Rauchens beziehungsweise des Nicht-Rauchens wurde auch von Den Exter Blokland et al. (2004) in den Niederlanden aufgezeigt: In deren Untersuchung rauchten Adoleszente mit Eltern, die selber RaucherInnen waren, viermal häufiger als solche mit Nicht-Raucher-Eltern. Darüber hinaus fanden die Autoren heraus, dass die Wahrscheinlichkeit für die Kinder, nicht mit dem Rauchen anzufangen, umso höher ausfiel, je früher die Eltern mit dem Rauchen aufhörten (Den Exter Blokland et al., 2004).

Empfehlung für präventive Massnahmen

Ø Gezielte Informationsvermittlung an **Eltern**, dass das Risiko für ihre Kinder, ebenfalls mit dem Rauchen anzufangen, erheblich steigt, wenn die Eltern RaucherInnen sind.

Ø Nähere Untersuchung des **sozialen Einflusses** (z.B. peer groups, Familie) bei den unterschiedlichen Migrationsgruppen und Subkulturen/Settings, um Massnahmen gezielt anpassen und einsetzen zu können.

Ø **Rauchverbote** im Arbeitsumfeld, an Orten des sozialen Austausches (z.B. Restaurants, Bars, Diskotheken und Klubs) wirken sich präventiv auf das Rauchen aus.

Ø Die Familie, das soziale Umfeld, darin stärken und unterstützen, FreundInnen und/oder Familienangehörige auf die störenden Effekte des Rauchens aufmerksam zu machen und sie zum Aufhören aufzufordern.

Die Einstellung gegenüber dem Rauchen ist **genderspezifisch** geprägt: Dass Frauen rauchen, wird häufig als weniger akzeptiert und als unweiblich geschildert. Eine Frau, die rauche, bekomme eine tiefe Stimme, was zu männlich wirke, sagt z.B. Frau C. In ihrem Herkunftsland werde nur bei Festlichkeiten geraucht, mehrheitlich von Männern, diese dürften auch zu **Hause** rauchen, was bei Frauen als besonders verwerflich gelte. Wenn schon, dann würden Frauen im öffentlichen Raum – in Kneipen oder an einem Fest – zu einer Zigarette greifen. Frau D. berichtet, dass es Frauen in konservativen Kreisen ihres Herkunftslandes gänzlich **untersagt** sei zu rauchen. Frau R. erzählt, dass Frauen, die rauchten, in ihrer Jugend als Huren betrachtet wurden. Auch Frau W. berichtet von früher: *„Rauchen war damals eine Schande, eine Bauerntochter darf nicht rauchen!“* Dies seien soziale Normen, die sich zwar in Veränderung befänden, bis heute aber in den Köpfen noch nachwirkten, meinen die Befragten. Bei Männern hingegen werde das Rauchen mit der Möglichkeit verbunden, **Männlichkeit** zu beweisen, auch fällt das Wort Ehre in diesem Zusammenhang (Frau D.).

Herr L. erzählt, dass seine Schwester rauche, ihre **Eltern** dies aber *„natürlich nicht wissen“*, weil sie (noch bei den Eltern lebend) Angst habe, sich den Eltern gegenüber offen zum Rauchen zu bekennen, obwohl, so Herr L., diese wohl *„keinen grossen Unterschied zwischen mir und meiner Schwester machen würden, da sie relativ offen sind“*. Frau W. hat vor den Eltern nie geraucht, Frau R. berichtet ebenfalls, dass sie heute noch nicht vor ihrer Mutter rauchen würde (mit ihr wohl aber über ihre Liebe zu Frauen habe reden können), Herr T. hat aus Respekt ebenfalls nie in Anwesenheit seines Vaters, der selber starker Raucher war, geraucht.

Rauchen ist zwar eine soziale Praxis, aber eine Praxis, die geschlechtsspezifisch gehandhabt bzw. akzeptiert oder abgelehnt wird, das zeigt unser Sample. Es kann angenommen werden, dass diese Unterschiede vor allem früher zum Tragen kamen, dennoch ist eine geschlechtsspezifische Wahrnehmung (der Rauchenden) nach wie vor präsent und wirkt bis heute nach.

Aber, dass Kinder (auch wenn diese unterdessen selbst erwachsen sind) vor ihren Eltern rauchen, wird von einigen Personen als unakzeptabel oder als respektlos bezeichnet und deutet auf eine Altersklassensegregation bezüglich des Rauchens hin.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Informationen (verschiedener Formen wie z.B. Plakatkampagnen, Rauchstopp-Kurse, Werbespots und Schulungs-DVDs) gegen das Rauchen sind auf ihre migrationsspezifische **Gendertauglichkeit** hin zu überprüfen. Dies könnte bedeuten konkret der Frage nach zu gehen, ob mit den bisherigen Informationsträgern Frauen und Männer unterschiedlichster Herkunftsgruppen und Lebenswelten gleichermassen oder wo, warum weniger oder mehr angesprochen wurden.

4.2.3 Motivation bezüglich Tabakentzug

Die Gespräche zeigten, dass die Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, vor allem dann entsteht, wenn eine schwerwiegende **Krankheit** (Krebs, Herzinfarkt) bereits diagnostiziert ist oder eine konkrete Bedrohung darstellt. Die Unterstützung durch eine medizinische **Fachperson** ist dann meist vorhanden. Manchmal ist die Bedrohung durch Krankheit nicht Grund, den Konsum ganz aufzugeben, sondern lediglich zu **reduzieren** (Herr H. und Herr N.): *„Ich wusste immer, dass es für die Gesundheit schädlich ist. Deshalb habe ich überlegt, weniger zu rauchen, und das auch gemacht“* (Herr N.). Bei Herrn T. hingegen hat der Befund des Arztes, weiteres Rauchen würde seiner Gesundheit erheblich schaden und sein Leben direkt bedrohen, keinerlei Auswirkung auf sein Rauchverhalten: *„Mein Leben ist schon vorbei, ich bin nicht mehr jung, gesund oder nicht, spielt keine Rolle mehr, wenn ich genug zu Essen habe, ist es gut (...). Ich habe keine Angst vor dem Tod.“*

Der Wunsch der **Angehörigen**, der Raucher oder die Raucherin möge das Rauchen aufgeben, hat, so scheint es, eher wenig Wirkung auf das Konsumverhalten der Betroffenen. Alleine eine vorliegende **Schwangerschaft** war zum Teil (Herr I., Ehefrau von Herrn Z. und Ehemann von

Frau K.) Grund für einen (temporären) Rauchstopp. Bei Herrn N ist die **Krankheit** seines jüngsten Kindes und die Vermutung des Arztes, dass das Kind unter dem Passivrauchen leidet, Grund für eine starke Reduktion und Veränderung des Konsumverhaltens (raucht weniger und nicht mehr in der Wohnung).

Eine Ausnahme ist also Frau C., die schildert, dass ihr Ehemann auf ihren Wunsch hin und mit ihrer Unterstützung das Rauchen aufgeben konnte. Dass die Unterstützung der **Familie** beim Rauchstopp eine Rolle spielt, lässt die Erfahrung von Herrn Z. vermuten: Seine mehrmaligen Versuche, das Rauchen aufzugeben, sind bisher an der fehlenden Unterstützung seiner Ehefrau gescheitert, die ebenfalls raucht. Er verlässt sich also vor allem auf die Unterstützung des Arztes, der ihm Nikotinkaugummis gegeben hat.

Die erlebte **Bewunderung** seiner **Freunde** im Klub, und die Tatsache, Vorbild für sie zu sein, wirkten sich positiv auf den Erfolg des Rauchstopps von Herrn I. aus.

Das **Wissen** um die schädlichen Folgen des Tabakkonsums (siehe Kap. 4.4.2) und die Unterstützung sowie der Druck des Umfeldes alleine reichen nicht aus, mit dem Rauchen aufzuhören. Vielmehr wird immer wieder vom ausschlaggebenden eigenen **Willen** und von der **Stärke** aufzuhören (aufhören zu wollen) berichtet: So meint Herr E. aus eigener Erfahrung, dass es *„nicht klappt, wenn die Fachpersonen es einem sagen. Es hat mit dem eigenen Willen zu tun“* und schreibt seinen Erfolg auch nicht der Unterstützung des Arztes, sondern sich selber zu.

Es gibt RaucherInnen, die behaupten, mit dem Rauchen aufhören zu können, wenn sie dies nur wollten. Dass aktuell aber *„...nicht der richtige Moment sei“* (Frau E.) und der Zeitpunkt für einen Rauchstopp unbestimmt: *„Der Wille zum Aufhören, der muss da sein, sonst geht es nicht. Ich kann und will nicht planen aufzuhören, ich mache das dann mal, irgendwann, wenn ich mich dazu entschliesse“* (Herr N.). Nicht selten äussern diese Personen aber im selben Gespräch implizit oder explizit dennoch den Wunsch aufzuhören: *„Ich möchte weniger rauchen können, aber es ist unmöglich!“* (Herr T.). Herr E. hat das als unmöglich Erachtete geschafft und mit dem Rauchen aufgehört: *„Ich dachte, das Rauchen ist das Letzte, was ich auf dieser Welt machen kann, aber ich hatte einen starken Willen und habe es geschafft [aufzuhören].“* (Herr E.)

Vereinzelt wird auch die **finanzielle** Belastung durch das Rauchen als Motivation für einen Rauchstopp oder eine Reduktion des Konsums erwähnt (Frau D., Herr L. und Frau W.).

Für Herrn L. und Herrn A. ist der **Ramadan** (die muslimische Fastenzeit) Grund für einen Rauchstopp, der bei Herrn L. freiwillig noch um ein paar Monate verlängert wurde.

Finanzielle und religiöse Gründe scheinen eher marginalen Einfluss auf das Konsumverhalten zu haben und bilden höchstens einen zusätzlichen Motor, wenn bereits eine andere Motivation vorhanden ist.

Unser Sample zeigt, häufigste Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören – oder zumindest den Konsum zu reduzieren –, scheint eine drohende oder bereits diagnostizierte Krankheit zu sein. Begleitet wird der Entzug dann von einer ärztlichen Fachperson. Starke RaucherInnen hält allerdings auch eine Bedrohung des Lebens durchaus nicht unbedingt davon ab, weiter zu rauchen. Die Fortsetzung des Konsums trotz schädlichen Folgen stellt einen typischen Faktor des Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 dar (DIMDI, 1994).

Der Wunsch der Angehörigen, das Rauchen aufzugeben, zeigt hingegen wenig Wirkung, es sei denn, die Gesundheit eines Kindes (auch eines ungeborenen, im Falle der Schwangerschaft) steht auf dem Spiel. Der Einfluss von werdenden Vätern auf das Rauchverhalten der werdenden Mutter ist ein Phänomen, das in verschiedenen Studien untersucht wurde (z.B. bei Wakefield, 1999). In benannter Untersuchung zeigte sich, dass die Männer sich oftmals nicht bewusst waren, dass ihr Zigarettenkonsum dem Fötus schaden könnte – v. a. wenn die werdende Mutter selber rauchte. Umgekehrt ist es für schwangere, rauchende Frauen viel schwieriger, mit dem Rauchen aufzuhören, wenn ihr Partner seinen Zigarettenkonsum nicht unterbindet. Ausserdem scheinen werdende Väter durchaus empfänglich für Informationen zu sein, die auf die mögliche Schädigung des Fötus hinweisen und lassen sich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu einem Rauchstopp bewegen (DiClemente, 2000).

Unsere Untersuchung zeigt, dass das Wissen um die schädlichen Folgen des Tabakkonsums, fachliche Unterstützung, die Bewunderung durch das Umfeld und finanzielle oder religiöse Gründe für sich genommen aber nicht Motivation genug sind, mit dem Rauchen aufzuhören: Erforderlich ist offensichtlich eine Kombination eines oder mehrerer dieser Faktoren mit dem – immer wieder erwähnten – eigenen Willen, das Rauchen aufzugeben. Interessant ist hier die Rolle, die dieser Wille spielt: Nicht gern wird zugegeben, dass Hilfe von aussen nötig war, oder aber es wird hervorgehoben, dass man selbst – durch den eigenen Willen und die Stärke –, die Motivation zum Tabakentzug gehabt habe. Dazu gehört, dass RaucherInnen diesen eigenen Willen wahrscheinlich überschätzen, wenn sie behaupten, jederzeit aus eigenem Willen heraus das Rauchen aufgeben zu können.

Dieser Fokus auf den „eigenen Willen“ erinnert stark an das Modell der Selbstwirksamkeit bzw. der Kompetenzerwartung (*self-efficacy theory* nach Bandura, 1992). Bandura versteht unter Kompetenzerwartung die Überzeugung eines Individuums, in einer bestimmten Situation mit Hilfe des eigenen Verhaltensrepertoires erfolgreich zu sein (Siegrist, 1995).

Nach diesem Modell sind die Intention und die Handlungsplanung, welche das tatsächliche Handeln leiten (der Wille) in besonders ausgeprägtem Mass abhängig von der eigenen Kompetenzerwartung (Siegrist, 1995). Die günstigen Effekte einer hohen Selbstwirksamkeit auf gesundheitsbezogenes Handeln sind in mehreren Studien nachgewiesen worden (z.B. Siegrist, 1995). Die meisten RaucherInnen möchten ohne jegliche Hilfsmittel oder Beratung, also lediglich durch ihren Willen, mit dem Rauchen aufhören. Der Begriff der Willenskraft (willpower) ist in der quantitativen Untersuchung von Stanton (1995) die am weit häufigsten genannte Methode, um mit dem Rauchen aufzuhören.

Gleichzeitig ist sie aber auch eine der am häufigsten angegebenen Methoden, die – gemäss Stanton (1995) – von den Befragten als nicht hilfreich bewertet wurde. Nach West et al. (2000) ist die Methode, welche alleine auf die „Willenskraft“ setzt, gar diejenige mit der geringsten Effektivität. Dies wohl auch, weil sie die Nikotinabhängigkeit unterschätzen, wenn sie behaupten, jederzeit aus eigenem Willen heraus das Rauchen aufgeben zu können. Der „Wille“, also die innere Bereitschaft, etwas tun zu wollen, stellt ausserdem im transtheoretischen Modell nach Prochaska und DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1983, 1992; DiClemente, 2004) eine entscheidende Phase im Prozess der Verhaltensänderung dar (Phase „Entscheidung“). Hat einE KlientIn dieses Prozessstadium erreicht, kann – nach dem transtheoretischen Modell – darauf ein effektiver Rauchstoppversuch erfolgen. Aus dieser Sicht kann folglich die Überzeugung der Befragten, dass „der Wille da sein muss“, bevor man etwas ändern kann, zusätzlich unterstrichen werden. „Der Wille“ bzw. die Absicht sein Verhalten zu ändern, kann nach Kraft et al. (1999) allerdings nicht differenziert genug mit einem dichotomisierten Ausschlusskriterien (ja oder nein) erfasst werden.⁹

⁹ Kraft et al. (1999) schlagen deshalb vor, die Absicht mit einer «7-point-intention measure» zu erfassen (1= will definitely not try to give up smoking / 7= will definitely try to give up).

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Möglicherweise ist die Wahrnehmung der eigenen **Selbstwirksamkeit** – festgestellt bei den Befragten – geschwächt durch migrationsspezifische Schwierigkeiten in der Schweiz. Dies würde wiederum eine erhöhte Vulnerabilität der Betroffenen erklären – insbesondere beim Ausstieg aus einer Abhängigkeit bzw. der Verhinderung von Rückfällen. Um eine erfolgreiche Intervention zu erzielen, gilt es entsprechend die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu stärken, indem das komplexe Zusammenspiel zwischen den Elementen von Selbstwirksamkeit und von strukturellen Verhältnissen (Arbeitsmarktintegration, soziale Integration) differenzierter berücksichtigt wird.

Ø **Interventionen** mit Hilfe des **transtheoretischen Modells** (TTM) von Prochaska & DiClemente (1983, 1992) gezielt gliedern. Allerdings sollte dies unter Berücksichtigung der kritisierten Schwächen des Modells erfolgen.¹⁰ Der Grundgedanke, dass eine Motivation zur Verhaltensänderung – und insbesondere auch diese später aufrecht zu erhalten – erfolgen muss, bevor eine Verhaltensänderung stattfindet, ist ein plausibler Ansatzpunkt für die praktische Unterstützung eines Rauchstoppversuchs. Allerdings sollte dabei berücksichtigt werden, dass nach Ockene et al. (1988) die TTM-basierten Interventionen eher bei Personen Wirkung zeigen, die sich bereits in der Aktions-Phase befinden (dies kann z.B. eine Teilnahme an einem Rauchentwöhnungskurs sein). Besonders wichtig scheint nicht nur die Absicht mit dem Rauchen aufzuhören zu sein, sondern vor allem einen konkreten Plan zu haben, wann und wie die Verhaltensänderungsabsicht umgesetzt werden kann (vgl. Herzog & Blagg, 2007).

Ø Das **Image** des/der bewundernswerten Ex-RaucherIn sollte in präventiven Informationskampagnen positiv hervorgehoben werden, um die persönlichen Ressourcen von aufhörwilligen RaucherInnen zu stärken und Abstinente in ihrem Verhalten zu bestätigen. Es ist hinsichtlich einer Erreichbarkeit von MigrantInnen differenziert abzuklären, wer solche Vorbilder sind bzw. sein könnten.

Ø Das Bewusstsein für die **Gesundheit des Fötus** könnte u. U. bei präventiven Interventionen als wichtige Ressource genutzt werden (vgl. dazu Wakefield, 1998).

Ø **HausärztInnen** sind gefordert, Zeichen von Tabakmissbrauch bei ihren PatientInnen wahrzunehmen und sie auf die Gefahren und Folgen des Rauchens aufmerksam zu machen.

¹⁰ Am transtheoretischen Modell werden z.B. die festgelegten Zeitintervalle als nicht evidenzbasiert kritisiert (vgl. West, 2005).

Ø **Motivation**, das Rauchen aufzugeben, sollte aktiv unterstützt werden und es sollte individuell nach **unterstützenden Faktoren** im Umfeld, in der Familie und zur Selbstmotivation gesucht werden. Die Angst vor Verlust von Selbstbestimmung in diesem Zusammenhang ist zu beachten und könnte eine migrationsspezifische Komponente beinhalten: Die Erfahrung z.B. von spezifischen Diskriminierungen kann eine geschwächte Selbstwirksamkeit der betroffenen Personen zur Folge haben, die Angst vor weiterem Verlust derselben (z.B. durch direktiven Umgang im Zusammenhang mit Rauchstoppangeboten) eine verstärkte Ablehnung bewirken.

Ø Der **Ramadan** kann als Gelegenheit genutzt werden, Rauchstopp-Angebote unter Muslimen beliebt zu machen.¹¹

4.3 Alkoholkonsumverhalten

4.3.1 Bedeutung des Konsums und Einstellung zum Konsum von Alkohol

In unserem Sample gibt es mehrere Personen, die von einer ehemaligen Alkoholabhängigkeit berichten, und davon, wie sie diese überwinden konnten, es gibt Personen, die regelmässig (zu viel) Alkohol trinken, dies jedoch selbst nicht als Problem betrachten und solche Personen, die wenig bis gar keinen Alkohol konsumieren.

Alkohol mit Mass zu trinken wird in erster Linie als zum **sozialen Verhalten** zugehörig und deshalb als etwas **Normales** geschildert und mit **Genuss** assoziiert: Alkohol wird im Klub, im Restaurant, beim Kartenspielen, mit Freunden, am Wochenende oder während Festlichkeiten getrunken: „*ich mochte den Wein zum Essen, und das Trinken im Klub unter Freunden gehörte einfach dazu*“ (Herr I.). Entsprechend wird etwa behauptet, auf Alkohol zu verzichten, sei kein Problem (Herr L., Frau R.), was bei den beiden Betreffenden als **fehlendes Problembewusstsein** und Aspekt der Suchtkrankheit interpretiert werden muss, da Alkohol bei den erwähnten Personen zwischenzeitlich ein Problem darstellt.

Auf der anderen Seite wird der Konsum von Alkohol – und gerade auch seine soziale Komponente – als **gefährlich** beurteilt. Dies trifft in erster Linie auf jene Personen zu, welche mit Alkoholabhängigkeit und ihren Folgen Erfahrung und evtl. einen Alkoholentzug hinter sich haben: „*Ich habe mit meinen Freunden zum Spass getrunken und niemand wusste, dass*

¹¹ Vgl. dazu *Stop smoking during Ramadan*-Kampagnen aus Grossbritannien unter <http://www.pjonline.com/Editorial/20070908/news/p252ramadan.html> und <http://www.bradfordairedale-pct.nhs.uk/Media+Centre/Press+releases/2006+pre-PCT/Muslims+urged+to+quit+smoking+during+Ramadan.htm>.

man dann in die Klinik kommt, wenn man trinkt. Viele Leute wissen nicht, dass Alkohol Probleme macht“ (Herr S.).

Gefahr geht auch von einem **Kontrollverlust** im Zusammenhang mit Alkohol aus, wie die typische Aussage von Frau G. zeigt: *„Wenn man die Kontrolle über sich verliert, (...) sich nicht mehr erinnert, kann man vergewaltigt werden und kommt nicht mehr zu Hause an.“* So ist für Herrn L. z.B. Alkohol am **Steuer** ausgeschlossen.

Dass Alkohol zwar aus Gründen der **Religion** nicht konsumiert werden „sollte“, dennoch aber regelmässig bis zum Rausch getrunken wird, beschreibt Herr L. (Muslim). Auch Herr M. spricht das Tabu des Alkoholtrinkens aus religiösen Gründen an, meint aber gleichzeitig, dass dies für ihn nicht gelte. Auch Herr H. streitet gänzlich ab, dass seine ablehnende Haltung gegenüber übermässigem Alkoholkonsum mit seinem Glauben als Muslim zu tun habe.

<p>Die Äusserungen zum Konsum von Alkohol hängen – so lässt die Umfrage vermuten – direkt von der Abhängigkeit der Befragten ab: wer nicht alkoholabhängig ist oder war oder dies nicht bewusst wahrnimmt, verharmlost den Alkoholkonsum. Das Alkoholtrinken ist hier tendenziell positiv konnotiert, wird mit Geselligkeit und Genuss verbunden. Wer hingegen Erfahrungen mit Alkoholabhängigkeit hat, betont in erster Linie dessen Gefahren.</p>

Übermässiger Alkoholkonsum kann von aussen betrachtet – wie im Folgenden dargestellt – mit der **Migration** in die Schweiz zusammen hängen und dies wird von den Betroffenen selbst teilweise auch so dargestellt: **soziale Isolation** (Frau O.) gepaart mit einer **Depression** (Herr S., Frau U.) oder **Problemen** und **Gewalt in der Ehe** (Frau O., Frau U.) haben u. a. bei den betreffenden Personen zu einem Alkoholmissbrauch geführt. Alkohol habe dabei die Bedeutung gehabt, sie ihre Sorgen **vergessen** zu lassen, habe sie **beruhigt** und **arbeitsfähig** erhalten und die Traurigkeit genommen: *„Ich hatte immer etwas getrunken, es war normal, dann kamen die Probleme und es ging ganz schnell. (...) Ich war depressiv, hatte keine Lust mehr zu leben, Alkohol ist eine Droge, man vergisst für den Moment die Situation“* (Frau U.). Diese Frau beschreibt entsprechend, dass sie heute – nach einem Entzug *„...ab und zu ein Glas zum Essen trinke, aber nie alleine und nur wenn es mir gut geht, kann ich das“*. Herr S. erzählt rückblickend von ähnlichen Erfahrungen: *„Ich wollte mich mit dem Alkohol umbringen, ich habe eine Depression gehabt, ich hatte ein ganz kleines Zimmer, hatte nicht viel Kontakt zu den Leuten, habe nur gearbeitet und getrunken.“*

Alkohol ist bei jenen Befragten, die eine Abhängigkeit entwickelten, sehr negativ konnotiert und hängt direkt mit schwerwiegenden Problemen zusammen, wie sozialer Isolation, Depression oder Problemen und Erfahrungen mit Gewalt in der Ehe, die durch den Konsum (zwischenzeitlich) verdrängt werden konnten und so (kurzfristig) die Bewältigung des Alltages ermöglichten.

4.3.2 Einstellung der Familie, des Umfeldes zum Konsum von Alkohol

Der Alkoholkonsum in der **Schweiz** wird von manchen Befragten – im Vergleich zu ihren Erfahrungen im Herkunftsland – als **üblicher, verbreiteter** und als **intensiver** geschildert und hat teils auch in Bezug auf sich selber eine Steigerung erfahren: „*Ich habe nie so viel getrunken wie hier*“ (Herr M.). Alkohol trinken sei in der Schweiz stark mit **sozialen Anlässen** verbunden. Eine Erfahrung, die nach Aussagen sogar als einschränkend wirken kann. Frau B. und Frau K. schildern, dass Alkohol trinken in der Schweiz so sehr dazu gehöre, dass sie es sogar als **Pflicht** betrachteten, Alkohol zu trinken und dass das **Nichttrinken** zu einem Problem werden könne: Keinen Alkohol zu trinken werde in der Schweiz nur bei schwangeren Frauen oder bei explizit deklariertem Unwohlsein akzeptiert: „*Alle meine Freunde trinken Alkohol, sie lachen, weil ich nicht mehr trinke. Ich habe kein Problem damit, andere Leute trinken, ich sitze.*“ (Herr S.)

Auch **finanzielle** Überlegungen spielen beim Konsum von Alkohol eine Rolle: es wird vermutet, dass in der Schweiz generell u. a. mehr getrunken werde (Frau B. und Frau C.), weil der Alkohol hier – im Verhältnis – billiger sei als im Herkunftsland (Frau B., Herr M., Herr S.).

Eine **Anpassung** an die Schweizer Gewohnheit des Trinkens ist Grund für einen verstärkten und problematischen Alkoholkonsum ihrer Landsleute, behauptet Frau G.: „*sie wollen sich den anderen angleichen, sie nachmachen [jene, welche schon vor ihnen in die Schweiz gekommen sind und sich bereits angepasst haben] (...) es gibt hier zu viel Freiheit, Alkohol und Tabak*“.

Mehrere Interviewte sagten aus, dass, im Gegensatz zum Usus in der Schweiz, in ihrem **Herkunftsland** der Konsum von Alkohol mit **aussergewöhnlichen** sozialen Anlässen verknüpft war (Frau B.), wie z.B. Weihnachten oder Sylvester (Frau C.). Vielmehr würden dort an sozialen Zusammenkünften anstelle von Alkohol Erfrischungsgetränke wie Coca-Cola oder Fruchtsäfte angeboten.

Es fällt in unserem Sample auf, dass Alkoholtrinken in der Schweiz von den Befragten als sehr verbreitet und als sozial erwünscht, teilweise gar als Pflicht wahrgenommen wird. Ernst zu nehmen ist die Behauptung, dass Alkohol in der Schweiz im Verhältnis billiger und (zu) leicht zugänglich sei und darum mehr davon konsumiert werde, als dies in den Herkunftsländern der Fall sei, wo das Konsumieren von Alkohol nur an aussergewöhnlichen Anlässen praktiziert werde. Der Preis von Alkoholika hat in der Tat einen wesentlichen Einfluss auf den Konsum: Preisreduktionen haben in der Regel einen erhöhten Alkoholkonsum zur Folge (vgl. dazu z.B. Babor et al., 2005). Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass MigrantInnen den Alkoholkonsum in der Schweiz als verbreiteter wahrnehmen als dies in ihrem Herkunftsland der Fall ist. Gerade beim Thema Alkohol sollte selbstverständlich auch der religiös geprägte Hintergrund der jeweiligen MigrantInnengruppe mit einbezogen werden, um allfällige normative Unterschiede zwischen dem Herkunftsland und der Schweiz sinnvoll deuten zu können.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Public Health Bestrebungen (vgl. z.B. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 2006), den übermässigen Alkoholkonsum generell zu **enttabuisieren** und auf die **Gefahren** des Trinkens aufmerksam zu machen, sind **migrationspezifisch** anzupassen. Dies könnte nach Vorbild der migrationspezifischen Überarbeitung der Broschüre „Alkohol – aufs Mass kommts an!“ geschehen, die durch das SRK im Auftrag des BAG erfolgte.¹²

Ø Der kontrollierte Konsum von Alkohol in der Schweiz wird – in unserem Sample – als **sozial stark erwünscht** wahrgenommen: die **Haltung** gegenüber **Nichttrinkenden** (AnalkoholikerInnen) in diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen (und evtl. im Zusammenhang mit dem Thema der Enttabuisierung zu bearbeiten).

¹² Migrationspezifische Anpassung bedeutete in diesem Fall, die **Anpassung und Erweiterung** von Inhalten (z.B. Ergänzung der Themen *Problematischer Konsum* und *Co-Abhängigkeit*) und **Formulierungen** (verständlichere und eindeutigerer Ausdrücke und Formulierungen) sowie die **Übersetzung** der Broschüre in die Sprachen der mit der Broschüre anzusprechenden MigrantInnen. Diese wurden unter Berücksichtigung der Ergebnisse des GMM sowie Einschätzungen von Fachpersonen aus der Suchtberatung, die als ExpertInnen das Projekt begleiteten bestimmt. Ebenso wurde – neben den Inhalten, der Bilder – auch die **Verteilung** der Broschüre, welche die relevanten Zielgruppen und Stellen berücksichtigte im Rahmen des Projektes unter Miteinbezug der erwähnten **ExpertInnengruppe** diskutiert und definiert (Vgl. dazu <http://www.migesplus.ch/publikationen-de.php?thema=17&pub=151>) (Vgl. auch als Material dazu die *Checklist zur Erstellung von migrationspezifischen Broschüren*, die *Checklist für die Übersetzung von migrationspezifischen Broschüren* sowie die *Wegleitung für die Verteilung von migrationspezifischen Broschüren auf www.migesplus.ch/auftrag_2-de.php*).

Ø Im Verhältnis zum Einkommen ist der Alkohol in der Schweiz billig, bzw. jedermann kann es sich **leisten**, Alkohol zu trinken: Preisregulationen und höherschwelliger Zugang zum Alkohol, würde weitgehend mit der Einstellung der Befragten korrespondieren.

Auch der Konsum von Alkohol ist **genderspezifisch** und wird ebenso beurteilt. Herr M. erzählt: *„alle trinken dort, wo ich herkomme, jeder Mann hat eine kleine Flasche Rum oder Whisky dabei, nur die Männer“*. Verschiedentlich wird der Konsum von Alkohol bei Männern als weitgehend einer allgemeinen Norm entsprechend (Herr I., Herr M.) oder zumindest als weniger stigmatisierend beschrieben als dies bei Frauen der Fall ist (besonders betrifft dies Frauen aus Ländern Südamerikas, des ehemaligen Jugoslawien und Sri Lanka sowie der Türkei): Bei Männern wird der Alkoholkonsum akzeptiert und gar als Symbol von Männlichkeit betrachtet (Frau A., Frau K.): *„Manche Frauen sagen zwar ‚mein Mann trinkt‘, jedoch machen sie sich keine Gedanken darüber, was das bedeutet. Sie haben das Gefühl, es gehöre zum Mannsein dazu und sei daher normal“*. Bei Frauen hingegen wird vor allem der Konsum von hochprozentigem Alkohol und im Speziellen Betrunkenheit als sehr negativ und abstossend erlebt – *„Du bist eine andere Frau, Du bist nicht meine Schwester“* (Schwester von Frau O., ehemals alkoholabhängig) – oder mit geringer Bildung und niedrigem sozialen Niveau assoziiert (Frau B.). Frau D. vermutet, dass alkoholabhängige junge Frauen in ihrer Community von den Vätern nie unterstützt würden, sondern dass die Angst vor den Vätern und deren Tabuisierung des Problems bei den betroffenen Frauen die Abhängigkeit noch verstärken würden. Frau G. bedauert, dass Frauen aus ihrem Herkunftsland sich in der Schweiz überanpassen und mehr trinken als dort: *„(...) sie verändern sich hier, hier sagt niemand was, dort wird sie beschimpft, wenn sie trinkt und sie bekommt zu hören, sie sei kein Mann [ihr Verhalten gehöre sich für einen Mann, nicht für eine Frau].“*

Starker Alkoholkonsum (des Ehemannes) wird von Frau A. folgendermassen legitimiert: *„Es ist normal, dass er viel getrunken hat, da er alleine gewesen ist nach der Scheidung von seiner ersten Frau“*. Hier spielt gar eine gewisse **Bewunderung** mit, wenn Frau A. berichtet, dass ihr Mann auch mit übermässigem Alkoholkonsum noch sehr gut funktionierte und *„(...) seine Kollegen sagten, man habe ihm das nie angesehen, sie bewunderten ihn, dass er trotzdem so gut und präzise arbeitete...“*.

Übermässiger Konsum von Alkohol wird allerdings (auch bei Männern) als schlecht betrachtet, als **Schande** angesehen oder als mangelnden **Respekt** vor den Mitmenschen gedeutet, insbesondere bezüglich den Familienmitgliedern (Frauen und Kindern), die sich

dann um die Betroffenen kümmern müssten (Frau C.). Über den Konsum von Alkohol werde in ihrer Community grundsätzlich **nicht gesprochen** (vor allem betreffe dies die erste Generation und verändere sich bei der zweiten und dritten), meint Frau K., dies sei Sache der **Familie** und werde nie nach aussen getragen. Die Familie sei auch für die **Unterstützung** der Betroffenen zuständig.

Alkohol scheint aber gleichzeitig auch einer **familiären** Praxis zu entsprechen, wenn ein starker Alkoholkonsum einem Vorbild aus der Familie entspricht, wie bei Frau R. und Frau U. beschrieben: *„Mein Vater hat auch getrunken, er war Alkoholiker, es liegt in der Familie, meine Mutter ist am Alkohol gestorben, an der Leber, in unserer Familie gibt es viele Alkoholiker“* (Frau U.). Herr S. beschreibt hingegen im Gegenteil, dass sein Alkoholkonsum im Herkunftsland von den Eltern nicht akzeptiert worden wäre: *„Ich hätte nicht nach Hause gehen können, wenn ich dort getrunken hätte.“* Die ablehnende Haltung des nächsten **Umfeldes** und der **Familie** gegenüber dem starken Alkoholkonsum wird immer wieder thematisiert: *„Meine Freundin will, dass ich weniger trinke, sie hat recht. Ich muss aufhören. Auch weil ein Freund und meine Freundin mir sagen, ich soll aufhören. Ich selber finde, es ist zu viel.“* (Herr M.). Teils sind es gar die eigenen **Kinder**, die die alkoholabhängige Mutter (Frau O., Frau U.) dazu aufgefordert haben, mit dem Trinken aufzuhören: *„Mama, trink bitte nicht!“* (Frau U.). Der Konsum von Alkohol wird teils auch von den Jugendlichen den **Eltern** gegenüber verheimlicht, bzw. nicht offen kommuniziert, gleichzeitig wird aber angenommen, dass die Anhängigkeit bekannt oder zumindest vermutet wird (Herr M., Frau U.).

Der Konsum von Alkohol wird in unserem Sample genderspezifisch beurteilt, bei Männern wird Alkohol trinken gewissermassen als normal und männlich bewertet hingegen bei Frauen entsprechend als unweiblich gedeutet und mit niedrigem sozialem Status verbunden.
--

Der Alkoholkonsum ist eine klare Männerdomäne (sowohl in den Lebenswelten der autochtonen Bevölkerung der Schweiz als auch in denjenigen der meisten Migrationspopulationen), wie alleine der Blick auf die Geschlechterverteilung bei den Prävalenzraten des Alkoholkonsums zeigt (vgl. Bundesamt für Statistik, 2002 für SchweizerInnen,¹³ Gabadinho et al. 2007 für die Migrationsbevölkerung in der Schweiz). Der Rausch an sich hat bei Männern im Vergleich zu Frauen auch eine wichtigere Funktion sei es als Initiationsritus, als Kommunikationsenklave bei Männerbünden oder als Form der Komplexitätsreduktion (Stöver, 2004). Substanzkonsum von Männern ist nach Stöver (2004: 5) auch als „*funktionales Instrument zur Herstellung von Geschlechtsidentitäten zu verstehen*“.

Übermässiger Konsum von Alkohol und Betrunkenheit wird – in unserem Sample – z. T. aber auch bei Männern als Schande und Respektlosigkeit v. a. gegenüber der Familie angesehen. Die Herkunftsfamilie stellt sich typischerweise dennoch als Vorbild für den schlechten Umgang mit Alkohol heraus, kann aber die Sucht durchaus gleichzeitig tabuisieren. Die erhöhte Anfälligkeit von Kindern, deren Vater und/oder Mutter alkoholabhängig sind, später selber ein Alkoholproblem zu entwickeln, wurde indessen auch in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen (Maffli, 2001).

Grundsätzlich fällt in unserer Umfrage betreffend den Umgang mit Alkohol auf, dass der schmale Grat zwischen Akzeptanz und Ablehnung gekennzeichnet ist von sich teils (scheinbar) widersprechenden und auch überholten sozialen Normen. Die Tabuisierung von Alkoholproblemen ist auch in der Schweizerbevölkerung festzustellen. Die SFA wirbt in ihrer aktuellen Kampagne (Alkoholprobleme gehen uns alle an – reden wir darüber!) explizit für das Durchbrechen des Tabus, welches oft mit einem Alkoholabhängigen im näheren sozialen Umfeld verbunden ist. Fast die Hälfte der SchweizerInnen geben an, jemanden im Verwandten- oder Bekanntenkreis zu kennen, der ein Alkoholproblem aufweist (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 2006).

¹³ Vgl. dort Tabelle 7, S. 65.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø **Migrationsspezifische** Adaption der SFA-Kampagne „Alkoholprobleme gehen uns alle an – reden wir darüber!“ überprüfen. Die Evaluation der SFA-Kampagne (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 2007) zeigte, dass die Hälfte der Personen, welche die Plakate gesehen hatte, dazu angeregt wurde, über die Thematik nachzudenken. Rund ein Fünftel sprach anschliessend sogar eine betroffene Person im Umfeld auf die Alkoholproblematik an. Auf der Grundlage der nachgewiesenen Wirkung dieser Kampagne wäre konkret zu untersuchen, ob – nebst z.B. sprachlicher Anpassung der Plakate und einer allfälligen Anpassung der Bildauswahl – das Thema der Enttabuisierung von Alkoholkonsum in gleicher Weise dargestellt werden kann, wenn MigrantInnen als Zielgruppe ausgewählt werden.¹⁴

Ø **Empfehlungen an Personen** abgeben, die jemanden mit Alkoholproblemen im sozialen Umfeld kennen: Vermeidung von Handlungen, die den Alkoholkonsum des Betroffenen unterstützen (z.B. Alkoholika nach Hause bringen, Betroffene in Schutz nehmen), klare Abgrenzung vollziehen (z.B. verlangen, dass nicht in seiner/ihrer Anwesenheit getrunken wird), Hilfe in Anspruch nehmen (Selbsthilfegruppen migrationsspezifisch auf Community-Ebene initialisieren, Fachpersonen einbeziehen).

Ø Das **genderspezifische** Bild „Alkohol trinken gehört beim Mann dazu“ („und bei der Frau ist es tabu“) müsste revidiert werden: Ansätze, die auf eine Verhaltensänderung abzielen, wie sie in der öffentlichen und massemedialen Kampagne „Alles im Griff?“ des nationalen Alkoholprogramms ab 1999 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) umgesetzt wurden,¹⁵ sind weiterzuführen und auf eine migrationsspezifische Anpassung hin zu überprüfen (vgl. STOP-AIDS-Kampagne des BAG und der Aids-Hilfe Schweiz aus dem Jahr 2003, wovon ein Teil der Plakate in den häufigsten Sprachen der MigrantInnen in der Schweiz verfasst waren).¹⁶

Ø Die **Familie** als wichtigen Akteur in Bezug auf Interventionen einbeziehen. Sie birgt eine gewisse Ambivalenz gegenüber dem Thema: einerseits ‚macht‘ sie das Trinken vor, tabuisiert und versteckt es gleichzeitig.

¹⁴ Für die Überprüfung solcher Fragen empfiehlt es sich, analog des in Fussnote 11 beschriebenen Projektes vorzugehen, indem u.a. mit ExpertInnen des Feldes zusammen gearbeitet wird.

¹⁵ Für die Kampagne „Alles im Griff?“ im Rahmen des nationalen Alkoholprogramms vgl. auf der Website des BAG folgenden Link

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00602/index.html?lang=de>

¹⁶ Für die STOP-AIDS-Kampagne aus dem Jahr 2003 vgl. auf der Website des BAG folgenden Link http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/00839/02475/index.html?lang=de#sprungmarke0_32. Die **migrationsspezifische Anpassung** der Kampagne wurde unter Miteinbezug von VertreterInnen der betreffenden Migrationsbevölkerung vorgenommen (Sprachbilder wurden gemeinsam gesucht und ausgewählt) sowie unter Berücksichtigung von statistischen Daten (Verteilung von Sprachgruppen nach Wohnorten) ausgehängt.

4.3.3 Motivation bezüglich Alkoholentzug

Oft führt erst ein **körperlicher** (Herr A.) oder **psychischer** Zusammenbruch (Herr S.) oder die Diagnose einer schweren Krankheit (Herr T.) zum Alkoholentzug. Auch kann eine **aktive Einmischung** von aussen (z.B. einer Nachbarin, des Sozialarbeiters, einer Beraterin oder des Hausarztes) zum Versuch führen, mit dem Trinken aufzuhören (Frau O., Frau U., Herr A.). Ob die Hilfe angenommen wird, hängt einerseits vom Ausmass der **Not** ab, in welcher sich die abhängige Person befindet und andererseits vom **Vertrauen**, welches der unterstützenden Person entgegengebracht wird: *„Bei der Arbeit wussten sie von meinen Problemen, sie (die Chefin und die Hausärztin) haben dann für mich entschieden und mich in die Klinik gebracht“* (Frau U.). Die Not kann allerdings auch bereits so gross sein, dass die Motivation aufzuhören, gar nicht mehr aufzubringen ist, wie die Geschichte von Herrn A. zeigt: *„Er kann nicht mehr selber entscheiden, er hat keine Lust mehr, etwas für sich selber zu machen“* (Frau A. über Herr A.).

In der Regel gehen Besuche beim **Hausarzt** oder der **Hausärztin**, aufgrund von – oft mit dem Trinken in Zusammenhang stehenden – Krankheiten einem späteren **Zusammenbruch** voraus. Die Fachpersonen haben die Not der Betroffenen erkannt, das Gespräch oder andere Hilfe angeboten, und im Falle von Frau U. ziemlich direktiv selbst an die Hand genommen und die Patientin in die Klinik eingewiesen. Der Hausarzt von Herrn S. hingegen hat die Not seines Patienten unterschätzt und lediglich einen gutgemeinten Tipp gegeben (Herr S. solle sich ‚eine Frau holen‘), was Herr S. nicht von einem Suizidversuch abhalten konnte.

Bevor die Not so gross ist, wird der eigene Alkoholkonsum tendenziell **bagatellisiert** und die Möglichkeit, einen Trinkstopp selber in der Hand zu haben vielleicht überschätzt, wie die Aussage von Frau R. exemplarisch zeigt: *„Das [ob er oder sie aufhören will] muss jeder selber entscheiden, wenn es keine Krankheit ist – wie z.B. Drogen – kann ich immer sagen, ich höre auf“*. Gerade bei Frau R. selbst erweist sich dieses Denken als Wunschdenken und widerspiegelt das Unwissen darüber, dass Alkohol ebenfalls eine „Droge“ darstellt.

Herr I. kam gewissermassen verordnet zu einem Entzug: Er wurde mit Alkohol am Steuer von der **Polizei** überführt, was einen temporären Führerscheinentzug sowie – auf Anweisung des Strassenverkehrsamtes – eine obligatorische **individuelle Beratung** beim **Blauen Kreuz** nach sich zog, welche wiederum in einem erfolgreichen Alkoholentzug resultierte.¹⁷

¹⁷ Für Personen, die in angetrunkenem Zustand Autofahren und von der Polizei angehalten werden, wird als Administrativmassnahme zur Rückerlangung des Fahrausweises durch das

Dass ein **guter Kollege** (Herr M.) oder **ein Vorbild** (Herr I.) erfolgreich mit dem Trinken aufgehört hat und sich dabei wohl fühlt, wird mit Bewunderung quittiert, bestärkt den Urheber und erscheint zudem als nachahmungswürdig und eröffnet die Möglichkeit zur Reduktion des eigenen Konsums.

Ob der Entzug auch längerfristig erfolgreich ist, hängt im Einzelnen massgeblich von der **Veränderung der Lebenssituation** ab, die mit dem Entzug einhergeht (Herr S., Frau O., Frau U.). Ein längerer Klinikaufenthalt begleitet von der Einnahme von **Medikamenten** (zum Schlafen, gegen die Depression oder die Psychose), bietet dabei eine Chance, die angesprochene Veränderung professionell begleitet vorzubereiten (Herr S., Frau U.).

Mehrmals wird betont, dass der Misserfolg eines Entzuges mit dem **Druck** zusammenhängt, der von aussen (Angehörige oder Professionelle) auf die betroffene Person ausgeübt wird: zu viel Druck gepaart mit fehlender **eigener Motivation** wirke sich negativ aus indem ein Entzug von Alkohol nur temporär und ein Rückfall vorprogrammiert sei (Herr A. und Frau U.).

Ein Entzug vom Alkohol erfolgt erst, so zeigen unsere Beispiele, wenn die Not so gross ist, dass die Umgebung reagiert. Dass Hilfe oft erst dann angefordert wird, wenn der Leidensdruck bereits gross ist, scheint ein typisches Muster bei (Alkohol-)Abhängigkeit zu sein. So wurde auch in einer Langzeitstudie von Tucker et al. (2004) bei Alkoholabhängigen ein positiver Zusammenhang der Inanspruchnahme von Hilfe (besonders in Form einer Behandlung) sowohl mit einer stärkeren Ausprägung von psychosozialen Problemen wie mit einem höheren Abhängigkeitsgrad aufgezeigt.

Strassenverkehrsamt, der Besuch von Kursen und/oder Beratungen (abhängig u. a. von der Anzahl bisheriger Führerausweisentzüge und vom nachgewiesenen Alkohol-Promillewert) verordnet. Diese werden durch die Fach-/ Beratungsstellen des Blauen Kreuzes angeboten. Im Falle von Herrn I handelte es sich um einen sogenannten Sicherungsentzug, welcher eine Suchtberatung beim Blauen Kreuz über einen Zeitraum von einem Jahr beinhaltet und von vierteljährlichen Laboruntersuchungen des Blutes begleitet wird. Für die Beratung von fremdsprachigen Personen besteht z.B. beim Kantonalverband Bern des Blauen Kreuzes zusätzlich die Möglichkeit, Übersetzungskosten durch einen Fonds zu decken. Seit Mai 2007 bietet die Blaukreuz Fachstelle Thun zudem eine Suchtberatungs- und Informationsstelle für Migrantinnen und Migranten an (persönliche Information von Frau Schläppi, Blaues Kreuz Kantonalverband Bern).

Das Umfeld reagiert – so zeigt unser Sample – mit Unterstützung in Form einer Intervention, die im besten Fall, wenn Vertrauen da ist, ein eigener Wille vorhanden ist, nicht zu viel Druck ausgeübt wird und parallel eine Veränderung der Lebensgewohnheiten stattfindet, erfolgreich und nachhaltig ist. Unterstützend (für einen Entzug) wirken auch positive Vorbilder im Freundeskreis oder eine Intervention, die keinen Ausweg offen lässt (gesetzliche Massnahme, Klinikeinweisung). Auch beim Umgang mit Alkohol lässt sich, wie schon beim Rauchen, bei den Betroffenen eine Überschätzung des eigenen Willens (aufgrund der Suchtkrankheit) hinsichtlich einer Einflussnahme auf die Sucht vermuten.

Der Erfolg von therapeutischen Interventionen hängt generell stark davon ab (dies ist aus der Suchtforschung bekannt), welche Art der sozialen Unterstützung oder Gefährdung die Patientin bzw. der Patient von seinem Umfeld erfährt. Dabei sind z.B. stabile Partnerschaften in prognostischer Hinsicht günstig, während ein suchtgefährdendes Milieu, fehlende Chancen am Arbeitsmarkt oder eine grosse Schuldensumme die Erfolgsaussichten verschlechtern (Uchtenhagen und Zieglgänsberger, 2000). Interventionen im Bereich alkoholbedingter Probleme lassen sich in vier Kategorien aufteilen (Klingemann et al., 1992): Hilfe und Unterstützung für AlkoholikerInnen, Behandlung alkoholbedingter medizinischer Probleme, Einflussnahmen auf Trinkmuster und Trinkmenge sowie Kontrolle schädigenden Verhaltens.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Verstärkung von **Früherkennungssystemen** und von **Frühinterventionen**. Hinsichtlich der Migrationsbevölkerung sind hier Hausärztinnen und Hausärzte und/oder Sozialarbeitende, die häufig den einzigen professionellen Kontakt mit dem Gesundheits- oder Sozialsystem der Schweiz darstellen, besonders gefordert.

Ø **Spezifische** Informationsvermittlung (u. U. migrationsspezifisch angepasst) für Bezugspersonen von Alkoholabhängigen, wie mit den Betroffenen umgegangen werden kann und wo man sich (niederschwellige) Hilfe holen kann. Zu überlegen wären hier z.B. Inserate in Medien der Migrationsbevölkerung, Gratiszeitungen oder öffentlichen Verkehrsmitteln, die einfach verständlich auf Deutsch oder in verschiedenen Migrationssprachen verfasst sind.

Ø Die **gesetzliche Massnahme** für Fahren in angetrunkenem Zustand (FiaZ), welche mit einer Intervention in Form einer individuellen (über einen längeren Zeitraum dauernden) Beratung (z.B. durch das Blaue Kreuz) umgesetzt wird, kann den nachhaltigen Alkoholentzug aktiv unterstützen. Hervorzuheben ist hier die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit ÜbersetzerInnen für die Beratung fremdsprachiger KlientInnen (oder die spezifische Suchtberatungs- und Informationsstelle für Migrantinnen und Migranten der Blaukreuz Fachstelle Thun, seit 2007).

Ø Eine **weiterführende** regelmässige **Begleitung** – nach der eigentlichen Intervention – wirkt unterstützend für einen längerfristigen Erfolg des Alkoholentzuges. Dieses Angebot muss für MigrantInnen spezifisch flexibel und niederschwellig sowie verbindlich sein (d. h. telefonische Erreichbarkeit ermöglichen, verbindliche fixe Termine vereinbaren).

Ø In Zusammenarbeit mit einzelnen Communities **Vorbilder** (Leader) für einen bewussten Umgang mit Alkohol gewinnen.

4.4 Präventionsverhalten

Im Rahmen des Themas Präventionsverhalten wurden die Themenblöcke

Gesundheitsverhalten, Wissen zu den **schädlichen Auswirkungen** des Konsums von Tabak und Alkohol, das **Wissen** und der **Zugang zu Angeboten** der Prävention sowie schliesslich **Bedürfnisse** bezüglich Präventions- und Informationsangeboten erfragt.

Das Wissen und der Zugang zu den Angeboten der Prävention scheinen sehr dürftig vorhanden zu sein. Aus diesem Grund werden sie im Folgenden – nach der Präsentation der Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten – für die Themen Alkohol und Tabak gemeinsam dargestellt. Anschliessend wird, wiederum nach Tabak und Alkohol unterteilt, auf das festgestellte Wissen zu den schädlichen Wirkungen des Konsums und auf die Bedürfnisse der Befragten in Sachen Präventionsangebote eingegangen.

4.4.1 Gesundheitsverhalten

Gefragt nach den Dingen, die gesund erhalten und gut tun, äussern sich viele der Befragten spontan zum Thema **Bewegung**: Frau C. joggt, um gesund zu bleiben, Frau D. bewegt sich viel und geht dafür an die frische Luft und sagt auch gleich, woher sie dieses Verhalten hat: „Wir lernen auch viel von der Schweizer Kultur, achten mehr auf unseren Körper, auf die

Lebensqualität, fangen an mit Sport und gehen zu Fuss. Hier kann man sehen, wie man besser und gesünder leben kann“. Wenn Herr N. in die Sauna oder Schwimmen geht, dann fühlt er sich *„lebendig und stark“*. Aber auch das Spaziergehen mit dem kleinen **Kind** tut ihm gut. Sich gesund und gut fühlen, heisst für Herrn M., Tischtennis spielen oder auch **arbeiten**: *„Wenn ich arbeite, fühle ich mich gut“*. Gesund sein, heisst für andere, auf die **Ernährung** *„zu achten“* oder sich *„gesund“* zu ernähren. Für Herrn H. bedeutet es, selber zu kochen. Frau W. berichtet, dass sie früher mit den Kindern noch auf gute Ernährung geachtet habe und sie sich nach wie vor dafür interessieren würde, wenn der Ehemann nicht ausschliesslich an schwere Kost gewohnt wäre. Herr Z. versucht, jeweils in den Ferien, *„(...)einen guten Honig zu bekommen“* und dann esse er jeden Tag einen Löffel davon.

Manche Personen äussern sich mehr dazu, was sie **möchten**, aber nicht was sie tatsächlich tun: Frau F. möchte mehr körperliche **Bewegung** haben und sich gut ernähren, weiss aber nicht, wo sie sich die **Informationen** dazu holen kann, Frau U. kann sich ein Sport-Abonnement oder einen Bewegungs-Kurs **finanziell** nicht leisten: *„Es ist immer eine Frage des Geldes, es gibt fast nichts gratis“*. Frau W. spricht von Aerobic, das sie tun könnte, aber sie habe **Hemmungen** hinzugehen, wegen ihres Alters und wünscht sich Informationen zu Angeboten speziell für ihre **Altersgruppe**.

Allgemeine **Informationen** zu Gesundheit werden häufig über das **Fernsehen** geholt. Spanisch sprechende Personen schauen sich z.B. Gesundheitssendungen wie *Puls* oder *Gesundheit Sprechstunde* im Tessiner Kanal des Schweizer Fernsehens an. Das Deutschschweizer Fernsehen als Informationsträger sei dafür nicht geeignet, weil niemand diesen Sender schaue.

Andere erwähnen das **Glücklichsein** als Bedingung für die Gesundheit, so Frau G. und Frau O., deren Gesundsein vom Zusammensein mit den **Kindern** und den **Freundinnen** abhängt, und von der Ruhe, die eingekehrt sei, seit die Alkoholsucht überwunden und die Trennung vom Ehemann erfolgt sei (Frau O., Frau U.). Auch Herr S. fühlt sich gesund, zu Hause mit Frau und Kind, entlastet durch die Überwindung seiner Sucht und die Unterstützung durch **Medikamente** und **professionelle Hilfe** (ebenso Frau U.). Herr V. hingegen versucht aktiv, *„...Sorgen aus dem Weg zu gehen“* und Dritte machen gar **nichts**, um gesund zu bleiben und geben dies offen zu (Herr I.). Herr T. scheint ganz **fatalistisch** zu sein: *„Mein Leben ist schon vorbei, ich bin nicht mehr jung, gesund oder nicht, spielt keine Rolle, wenn ich genug zu Essen habe ist es gut“*.

Die die befragten MigrantInnen zeigen ein breites Verständnis von Gesundheit und Prävention (entsprechend der Definition nach WHO)¹⁸. Die wichtigsten Elemente im Zusammenhang mit den Themen Ernährung und Bewegung sind von den Befragten genannt worden. Sie sind allerdings nicht sehr differenziert und entsprechen eher normativ erwarteten Antworten. Interessant wäre hier, noch näher darauf einzugehen, welche Ressourcen (z.B. Gesundheitskompetenz) tatsächlich vorhanden sind und wie diese unterstützend wirken. Soziale Beziehungen werden als Ressource genannt, so z.B. das Zusammensein mit den Kindern und FreundInnen. Dass hier Ehe- und Lebenspartner nur gerade zweimal explizit erwähnt werden, fällt auf. Finanzielle Überlegungen wie auch der Zugang zu Informationen scheinen ebenfalls das Gesundheitsverhalten zu beeinflussen.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

- Ø **Niederschwellige**, d. h. auch preisgünstige Angebote zur Gesundheitsförderung entwickeln.
- Ø **Gender- und altersklassenspezifische** Angebote bereitstellen.
- Ø Informationen zu Angeboten **mehrsprachig** gestalten und **Werbung** zielgruppenspezifisch ausrichten.
- Ø Unser Sample stellt die Ressource **Partnerschaft / Familie** in Frage: Bei den betreffenden Frauen stellte diese Beziehung – von Problemen geprägt – keine Ressource mehr dar, sondern war im Gegenteil Quelle der Abhängigkeit u. a. vom Alkohol. Eigene Kinder und Freundschaften werden als Ressource geschildert: diesen Beziehungen muss Entfaltungsmöglichkeit geboten werden und die potenzielle Ressource Partnerschaft / Familie muss individuell **untersucht** werden.

4.4.2 Wissen um schädliche Auswirkungen des Tabakkonsums¹⁹

Das Wissen um **schädliche Auswirkungen** des Tabakkonsums ist meist vorhanden, wenn auch tendenziell wenig differenziert. „*Das Krebsrisiko steigt*“ (Frau A.) ist eine der typischen

¹⁸ Vgl. zum Verständnis von Gesundheit WHO, 1986.

¹⁹ Wir möchten an dieser Stelle in Erinnerung rufen, dass es sich bei den Befragten der vorliegenden Umfrage besonders hinsichtlich des *Wissens* zu den befragten Themen um ein spezifisches Sample handelt, das bereits eher mehr Informationen erhalten hat, als unbetroffene Personen aus der Migrationsbevölkerung, da die befragten Personen bis auf wenige Ausnahmen alle in einem direkten oder indirekten Kontakt mit Fachstellen standen, und somit bereits mit dem beratenden Angebot konfrontiert waren.

Antworten auf die Frage nach den schädlichen Wirkungen des Rauchens, „*Beim Rauchen einer Zigarette führe ich meinem Körper Gift zu*“ (Frau B.) eine andere.

Genannt werden konkret folgende gesundheitliche **Schäden** des Rauchens: an erster Stelle Krebs (Lungenkrebs), dann Probleme des Rachen- und Kehlkopfbereiches, Atembeschwerden (Asthma), Lungenentzündungen, Verengung der Blutgefässe und Bluthochdruck sowie Veränderungen der Haut. Auch werden psychische und andere Folgen des Rauchen genannt: Frau D. meint, „sowohl Rauchen wie das Aufhören machen depressiv“ und erwähnt weiter die ‚Nerven‘ und die Unruhe, gar den „Lärm“ den Raucher machen, wenn sie nicht rauchen könnten. Das **Passivrauchen** wird im Zusammenhang mit den negativen Folgen des Rauchens ebenfalls erwähnt.

Gefragt nach den Auswirkungen auf die **eigene Gesundheit** werden die Antworten wie erwartet etwas konkreter: vom erschwerten Atmen spricht Frau A. und von der Enge im Brustbereich, die durch das Rauchen hervorgerufen werde. Auch Herr N. erzählt von den Atembeschwerden, die er wegen des Rauchens habe. Er kennt jemanden, der an Krebs gestorben ist und meint „*das wird auch mich treffen, Krebs ist unheilbar. Ich habe keine Angst vor dem Tod, ich weiss, dass ich auch sterben werde, aber ich habe keine Angst*“. Auch Herr T. (starker Raucher) zeigt seiner eigenen Gesundheit gegenüber eine gleichgültige Haltung: „*(...) gesund oder nicht, spielt keine Rolle mehr (...)*“. Herr L. schliesslich ist zwar über die Folgen des Rauchens informiert, aber – seinem jungen Alter entsprechend – relativ gleichgültig der eigenen Gesundheit gegenüber und meint: „*(...) es [das Wissen] schreckt mich nicht ab, ist kein Grund für mich [aufzuhören]*“.

Frau W. im Gegenteil kennt die Schäden, welche durch das Rauchen verursacht werden (ihr Ehemann hatte aufgrund einer Verengung der Blutgefässe aufgehört zu rauchen, „*...sonst hätte er ein Raucherbein gekriegt*“) und sagt offen, sie habe **Angst** vor den **Folgen** des Rauchens – aber die Sucht sei stärker. Herr Z. geht mit seiner Angst folgendermassen um: „*(...) ich habe auch Angst (vor Krebs), aber es ist so: wenn ich mich umdrehe, etwas anderes machen kann, dann verfliegt die Angst wieder. Ich habe so die Vorstellung, das passiert mir nie, ich werde nie davon betroffen sein*“. Ähnlich entzieht sich Frau E. dem Wissen zu den Folgen des Tabakkonsums: „*Wenn im Fernseher etwas über die Folgen vom Rauchen kommt, stelle ich das Gerät ab! Wir wissen doch sowieso alle über die Folgen Bescheid!*“

Die Aufklärungen des Hausarztes zu den Folgen des Rauchens werden auch von Herrn A. und Herrn V. **ignoriert** oder sind zumindest nicht ausschlaggebend, etwas an der Praxis des Rauchens zu ändern. Beide leiden unter chronischen Rückenschmerzen und rücken dieses

Problem in den Vordergrund: „(...) *solange er [der Arzt] mir nicht den direkten Zusammenhang zwischen dem Rauchen und meinen Beschwerden aufzeigen kann*“ (Herr V.) werden die Aufforderungen des Hausarztes, das Rauchen aufzugeben, nicht Ernst genommen.

Andere **Prioritäten** als die Gesundheit erwähnt auch Herr H. in folgender Aussage: „*Dass Rauchen schädlich ist, habe ich immer gewusst. Wir wissen alle, dass Rauchen schädlich ist. Aber in meiner Heimat hatten wir ernsthaftere Probleme, und wir haben uns um die gekümmert*“.

Viele der Befragten haben hingegen direkte **Erfahrungen** mit **Krankheit** und **Tod** als Folge des Tabakkonsums im näheren und nächsten **Bekanntem- oder Familienkreis**.

Eindrücklich berichtet Frau D., wie in ihrer Herkunftsfamilie vier Geschwister, die geraucht haben, an Krebs erkrankt seien und anschliessend aufgehört hätten zu rauchen (mit Ausnahme einer Schwester, die auch nach der Krebsdiagnose nicht aufhören konnte). Frau F. erzählt von ihrem Grossvater, der fast sein ganzes Leben lang geraucht habe und an den Folgen des Rauchens gestorben sei und von der Grossmutter, die als Nichtraucherin aufgrund des Passivrauchens gesundheitliche Schäden an der Lunge aufweise. Auch Herr L. berichtet von seinen beiden Tanten und Onkeln, die heute bereits über 40 Jahre rauchten, was man ihnen auch ansehe, sie seien krank. Er meint aber gleichzeitig, dass dies auch mit den Lebensbedingungen im Herkunftsland zu tun haben könnte. Bei Herrn T. war es der eigene Vater, der an den Folgen des Rauchens (Lungenkrebs) gestorben ist. Frau G. schildert relativ lapidar, welche Erfahrungen sie hat: „*Ich kenne einen Schweizer, der fast gestorben ist am Rauchen. Seine Lungen waren verstopft. Nun hat er ein Nikotinplaster*“.

Und etwas ernüchternd stellt Frau B. zu dieser Thematik fest: „*Wissen beeinflusst den Konsum nicht*“.

Von Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen, welche das Rauchen verursacht, sprechen nicht viele der befragten Personen: Es wird von der **Unruhe** gesprochen, welche RaucherInnen in der Umgebung verbreiten, weil sie immer rauchen ‚müssen‘, insbesondere wenn sie nicht rauchen können. Auch wird erwähnt, dass die **Beziehungen** durch die Abhängigkeit des Rauchers beeinträchtigt würden und schliesslich werden auch die **finanziellen** Folgen des Rauchens erwähnt, als negative Auswirkung der Sucht.

Das Wissen um die Schäden, die das Rauchen verursachen kann, ist bei den Befragten meist vorhanden, wenn auch in einer eher oberflächlichen Weise (dies bestätigt Adelkofer, 2000). Der Umgang mit diesem Wissen fällt in unserem Sample auf: Entweder macht das Wissen Angst oder es wird ignoriert, indem man sich Informationen gegenüber verweigert oder diese nicht auf sich selber bezogen anwendet. Die Ignoranz gegenüber Informationen ist dabei ein typisches Phänomen, welches der Theorie der kognitiven Dissonanz entspricht (vgl. Halpern, 1994).²⁰

Die Schädlichkeit des Rauchens wird so – durch die Befragten – auch grundsätzlich in Frage gestellt, oder es kommt im Wissen um den Schaden, der sich selber zugefügt wird – aus Ohnmacht – zu einer fatalistischen Haltung der rauchenden Person. Auch werden im Sinne einer Verdrängung andere Prioritäten gesetzt und dringendere Probleme erwähnt, als der Schutz der eigenen Gesundheit.

Von Erfahrungen mit den schädigenden Folgen des Rauchens, d. h. mit Krankheit und Todesfällen, welche in Bezug gesetzt werden zum Rauchen im Bekannten- und Freundeskreis, erzählen viele der befragten MigrantInnen. Andere negative Folgen des Rauchens, etwa auf unmittelbare soziale Beziehungen, werden kaum thematisiert.²¹

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Der Umgang mit dem Wissen um die **Schädlichkeit** und die Folgen des Rauchens (nicht in erster Linie das Wissen selbst) muss bewusst und gemeinsam unterstützend an die Betroffenen herangetragen und mit einer Behandlung der Suchtkrankheit (Umgang mit kognitiver Dissonanz) gekoppelt werden.

Ø **Prioritätensetzung** bei MigrantInnen auf die eigene Gesundheit lenken, in Rücksichtnahme auf die spezifischen Lebenswelten der MigrantInnen, indem das **Gesundheitsverhalten** gezielt mehr gefördert wird (vgl. Empfehlungen 4.4.1).

Ø Als Ansatzpunkt für Interventionen zu Nutze machen, dass viele Personen einen **direkten Bezug** zu Krankheit oder Tod einer angehörigen oder bekannten Person (im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum) erwähnen, d. h. teilweise sensibilisiert sind.

²⁰ Vgl. Fussnote 7.

²¹ Einer der grössten Unterschiede im Vergleich zu den Folgen des Alkoholmissbrauches besteht darin, dass die negativen Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen beim Tabakkonsum kaum erwähnt wurden.

Wird gefragt, **woher** das Wissen um schädliche Auswirkungen des Tabakkonsums stammt, werden grob zusammengefasst drei Felder benannt:

- das **private, persönliche** (Familie, Freunde, Arbeitsplatz und andere Settings),
- das **professionelle** (Sozialarbeitende, HausärztInnen, Suchtberatung etc.) oder
- das **öffentliche** Feld (Kampagnen in Schulen, öffentliche Plakatkampagnen, Informationen durch das Fernsehen etc.).

Informationen zu den schädigenden Auswirkungen des Rauchens sind z. T. aus dem *Herkunftsland* bekannt, teils auch in der *Schweiz* zugänglich.

Im **privaten**, persönlichen Umfeld werden die Informationen meist über **Familienangehörige** weitervermittelt. Dies können die Eltern sein, oder aber auch die eigenen Kinder. „*Meine Mutter tolerierte meinen Konsum, aber sie sprach mir oft gut zu, fragte mich, warum ich denn rauche, informierte mich und so. Sie tut sich darum, liest Broschüren und hat mir diese auch schon hingelegt und mich gebeten, sie zu lesen: Aber es hatte keinerlei Einfluss auf mich und meinen Entscheid, letztlich doch mit dem Rauchen aufzuhören*“ (Herr L.).

Zum Teil sind es Bekannte, welche – auch aus eigener Erfahrung – über die schädlichen Folgen des Tabakkonsums aufklären oder Informationen aus dem Deutschen in die Muttersprache übersetzen. Frau C. schildert, wie im Deutschkurs, den sie besucht, die RaucherInnen von den NichtraucherInnen auf die schädlichen Auswirkungen des Rauchens angesprochen werden.

Informationen zu gesundheitschädigenden Folgen des Rauchens werden im **professionellen** Zusammenhang bei den Befragten häufig durch den **Hausarzt** oder die **Hausärztin** – meist in Zusammenhang mit einer Erkrankung – vermittelt (Herr I., Herr N., Herr T., Herr V.).

Was die Informationen im **öffentlichen** Raum zu Schäden durch das Rauchen anbetrifft, können sich einige Personen an Aufklärungskampagnen über die Folgen des Rauchens an den **Schulen** ihrer *Herkunftsländer* erinnern. Es wird zudem von **TV-Spots** (z.B. durch das Gesundheitsministerium), **Fernsehtalkshows** mit Betroffenen und Fachpersonen sowie anderen Sendungen am Fernsehen berichtet, die Gesundheitsinformation vermitteln (und von allen geschaut würden). „*Ich habe im Fernseher gehört, dass Personen, die rauchen zehn bis 15 Jahre weniger lange leben*“ (Herr I.).

Ebenso sind **Plakatkampagnen** bekannt, welche in der U-Bahn, in Zügen und in Diskotheken gesehen wurden. Warnungen vor den Folgen des Rauchens auf **Zigaretenschachteln** (illustriert mit Fotos) wurden ebenso erwähnt.

Einige Personen erzählen, wie in ihrem *Herkunftsland* das Rauchen zwar auch ein Problem darstelle, aber wichtigere Probleme (z.B. der Krieg) Präventionsbemühungen in den Hintergrund rückten (Herr H., Herr S.).

Frau R. schildert, wie in ihrem Herkunftsland die öffentliche Hand sozusagen die Kontrolle über das Rauchen immer mehr übernehme: der überwachte Zigarettensautomat gibt nur Zigaretten heraus, wenn man alt genug sei und sie habe in einem Einkaufszentrum beobachtet, wie eine Frau mit Kindern vom Leiter des Zentrums aus der Raucherzone weggeschickt wurde.

An Informationen zu den Folgen des Rauchens im öffentlichen Raum in der *Schweiz* sind die befragten MigrantInnen über verschiedene Wege heran gekommen. Einzelne haben die Aufklärung zur Schädlichkeit des Rauchens auf den **Zigarettenschachteln** wahrgenommen (Frau C., Frau G., Herr L.). Frau D. fallen in der Schweiz **Plakate** auf und sie versteht einzelne Worte wie ‚Zigaretten‘ oder ‚Alkohol‘. Manche Personen berichten auch von **Zeitungen** oder dem **Internet** (Herr L.), wo Informationen zu den Schäden des Rauchens publiziert würden. Frau B. weiss von **Informationsbroschüren**, nutzt diese aber nicht, weil sie nur in Deutsch vorliegen. Frau F. erzählt von einem **Integrationskurs**, den sie besucht habe und wo sie Informationen zur Gesundheit erhalten habe. Das Schweizer **Fernsehen** als Informationsquelle wird kaum genannt oder explizit als Informationsquelle, die nicht genutzt werden könne, weil die Sprache nicht verstanden werde (Herr Z.). Spanisch sprechende Personen schauen sich teils den Tessiner Kanal des Schweizer Fernsehens an.

Jenes Wissen, das zu den schädigenden Folgen des Rauchens vorhanden ist, wurde – so zeigt unser Sample – im Privaten, über Fachpersonen des Gesundheitswesens oder auch über öffentlich zugängliche Informationen erlangt. Dies betrifft sowohl Erfahrungen aus dem Herkunftsland, wie auch Erfahrungen aus der Schweiz. Besonders zugänglich und niederschwellig scheinen öffentliche Kampagnen (z.B. an Schulen) und Informationen aus dem Fernsehen zu sein (betrifft v. a. Sender aus Herkunftsländern). In der Schweiz, so lässt sich vermuten, stammt das Wissen zu den Folgen des Rauchens eher aus dem privaten Bereich und von Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich. Eine Erklärung dafür ist sicher der fehlende sprachliche Zugang der MigrantInnen zu den (deutschsprachigen) Informationen (z.B. bei Plakatkampagnen und Broschüren).

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Informationen über das **Fernsehen** und **öffentliche Kampagnen** sind niederschwellig, sofern sie sprachlich verstanden werden: Informationen müssen in den Sprachen der MigrantInnen über das Schweizer Fernsehen oder aber eher über **Sender** aus den **Herkunftsländern** von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz vermittelt werden. Hier wäre eine transnationale Zusammenarbeit der Medien und Gesundheitsverantwortlichen evtl. zu prüfen und eine Anknüpfung an die Verhältnisprävention in den Herkunftsländern ins Auge zu fassen.²²

Ø Informationen in Form von **Broschüren** und/oder Kampagnen müssen **migrationspezifisch** angepasst und über die richtigen Kanäle verteilt werden (vgl. bereits vorhandenes Material in Migrationssprachen)²³.

Ø Persönliche und direkte **individuelle** Informationen über Fachpersonen (z.B. HausärztInnen) sind eine wichtige Quelle der Prävention.

4.4.3 Wissen um schädliche Auswirkungen des Alkoholkonsums²⁴

Befragt zum Wissen über schädliche Auswirkungen des Konsums von Alkohol, fasst Frau G. exemplarisch zusammen: „*Alkohol zerstört vor allem die Familie und dann die Leber*“. Das Wissen um die negativen Auswirkungen auf die **Gesundheit** ist unter den Befragten – allgemein ausgedrückt – beim Alkohol oberflächlicher als beim Tabak. In diesem Zusammenhang wird am häufigsten von der **Leber**, aber auch vom **Magen** gesprochen, vom Zentralnervensystem und der Sehfähigkeit, welche durch Alkoholkonsum beeinträchtigt würden. Eine Ausnahme bildet hier die Aussage von Frau B., die relativ genau schildert, wie sich beim Trinken „*der Alkohol als toxische Substanz über den ganzen Körper verteilt und negative Effekte auf das Zentralnervensystem und auf die gesamte Gesundheit hat*“.

²² Als Beispiel sei hier das in der Türkei ab dem 1.1.2008 für den gesamten öffentlichen Raum geltende Rauchverbot.

²³ Z.B. der Flyer *Rauchen* der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz, erhältlich in Albanisch, Kroatisch und Spanisch; das Faltblatt *Rauchen schadet* (zu den Auswirkungen des Rauchens auf das ungeborene Kind und die Gefahren des Passivrauchens für Kinder) der Krebsliga Schweiz, erhältlich in Albanisch, Englisch, Kroatisch, Portugiesisch, Spanisch und Türkisch; die Broschüre *Wenn Jugendliche rauchen, kiffen oder trinken* der Gesundheitsförderung des Kantons Zürich (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, erhältlich in neun Sprachen; alle unter www.migesplus.ch zugänglich. Materialien zur migrationspezifischen Erstellung, zur Übersetzung und Verteilung solcher Broschüren finden sich in Form von Checklists auf der angegebenen Site.

²⁴ Vgl. Fussnote 18.

Der Schaden des Alkohols wird auf die **Menge**, aber auch auf die **Qualität** des Produktes zurückgeführt. So äussert Frau C. z.B., dass in ihrem Herkunftsland vor allem starker und günstiger Alkohol von schlechter Qualität bewirke, dass viele Menschen an Leberzirrhose litten. Der eingeschränkte Fokus auf die Schädlichkeit des Alkohols bezüglich seiner Qualität, verdeutlicht das Laienkonzept, welches hinter dem Wissen über den Alkohol steht. Es ist in der Tat so, dass sogenannte ‚Fusel-öle‘, die bei einem suboptimale Destillationsverfahren (v.a. bei illegalen Herstellungsmethoden vorkommend) gehäuft in das Endprodukt gelangen, in hoher Konzentration erhebliche gesundheitliche Folgeschäden (z.B. Erblindung) bis hin zum Tod bewirken können. Fälle solcher Intoxikationen mit hohen Fusel-öl-Konzentrationen scheinen beispielsweise besonders oft in Russland vorzukommen, aber auch in vielen anderen Ländern (vgl. z.B. Lachenmeier et al., 2007). Die daraus gezogene Schlussfolgerung, dass auftretende Leberzirrhosen hauptsächlich auf die „*schlechte Qualität*“ des Alkohols zurückzuführen sei, legt jedoch die Vermutung nahe, dass die gesundheitsschädigende Wirkung des hiesigen (legalen) Alkohols mit seiner vergleichsweise hohen Qualität (im Vergleich zu ‚Fusel-ölen‘) unterschätzt wird.

Viele der Befragten haben mit den direkten gesundheitlichen (und tödlichen) Auswirkungen des Alkohols Erfahrungen gemacht: Frau U. hat die **Auswirkungen** des Alkohols zunächst als Tochter von alkoholabhängigen Eltern und dann am eigenen Leib erlebt: *„Meine Mutter lebt nicht mehr, meine Mutter ist an der Leber gestorben, wegen des Alkohols, das war eine schwierige Situation“*. Frau B. berichtet, wie ihr Schwiegervater vor drei Jahren an den Folgen des Trinkens (Leberzirrhose) gestorben sei, und wie diese Erfahrung für die ganze **Familie** traurig und prägend gewesen sei: bei Familienanlässen würden nun gegenseitig die konsumierten Gläser gezählt. Auch Frau G. hat die Folgen des Alkoholkonsums in der Familie miterlebt und spricht sich vehement dagegen aus: *„Im Fall von meinem Onkel haben wir alles probiert, auch mit den Anonymen Alkoholikern, aber er lässt sich nicht helfen. Er hat mit 15 zu trinken angefangen, als meine Grossmutter (seine Mutter) starb. Er hat damals vom Patenonkel den Ratschlag erhalten, ‚das beste Medikament gegen Probleme ist Alkohol‘: Er hat sein Leben, seine Zukunft, die Familie und seine Gesundheit zerstört. Alles, was er verdient, investiert er in den Alkohol. Er verliert jede Arbeitsstelle“*. Von den Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die **berufliche Tätigkeit** und deren existentiellen Folgen berichtet auch Frau A.: Herr A. hat aufgrund vieler Krankheitsabsenzen (wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum, was von ihr aber nicht so interpretiert wird) seine **Arbeitsstelle** verloren und ist seither arbeitslos.

Welche Bedeutung und Auswirkung der Alkoholkonsum auf die Ehe und Familie haben kann, berichten mehrere Frauen und dabei von der **Aggression**, der häuslichen **Gewalt** und den verbalen **Beleidigungen** der Ehemänner, die zu Ängsten, Isolation und weiteren Folgen **psychischer** und **physischer Gewalt** – und teilweise eigenem schädlichem **Alkoholkonsum** – geführt habe (Frau O., Frau U.). Frau A. spricht gar von Todesangst, die sie durch die Gewalttätigkeit des Ehemannes nach Alkoholkonsum erlebe, über welche sie sich aber nicht einmal mit ihrer eigenen Familie austausche. Im Fall von Frau O. hat der Ehemann die eigene Frau gewissermassen zum Alkoholtrinken verführt, wenn nicht gar genötigt, in dem er ihr Alkohol mit nach Hause gebracht hat und sie – um sie im Besonderen bezüglich sexuellen Kontakten gefügig zu machen – zum Trinken animierte.

Auch Frau B. meint, das Verhalten unter Alkoholeinfluss sei „*shockierend*“ und für die Beteiligten sehr störend. Frau C. berichtet von sehr unangenehmem Wechsel extremer Verhaltensweisen (z.B. aggressiv vs. passiv), welche das Umfeld stark beeinflussen. Soziale Folgen, wie z.B. fehlender **Respekt** diesen Menschen gegenüber, sind weitere Auswirkungen. Starker Alkoholkonsum (in der Familie) wurde auch als Grund für soziale **Isolation** beschrieben, sowohl auf Seiten der Betroffenen (Herr S., Frau O.), wie der Angehörigen (Frau A.).

Das Wissen um die Schäden, die das Trinken verursacht, ist bei den befragten MigrantInnen eher oberflächlich vorhanden. Alkohol ist nachweislich mit mehr als 60 verschiedenen medizinischen Zuständen (conditions) verbunden – bei den meisten davon in einem schädlichen Zusammenhang (Rehm et al., 2003). Fast gänzlich vergessen werden von den Befragten die hohen Risiken, die unter Alkoholeinfluss zu Unfällen führen können.

Viele der interviewten Personen haben hingegen Erfahrungen mit dem Alkoholmissbrauch aus dem engen Familien- und Bekanntenkreis und wissen um die Folgen des Trinkens: psychische und physische Gewalt, soziale Isolation und Arbeitslosigkeit. Diese Folgen betreffen v.a. das Soziale und Ökonomische und werden häufiger geäußert als gesundheitliche Schäden im engeren Sinn (welche beim Rauchen hingegen eher im Vordergrund stehen).

Die Hervorhebung der (psycho-)sozialen bzw. sozio-ökonomischen Konsequenzen – gerade auch im Vergleich zu den eher vernachlässigten gesundheitlichen Risiken – die im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch von den befragten Personen geschieht, überrascht nicht angesichts der Vielzahl an entsprechenden Befunden (z.B. häusliche Gewalt) aus der Forschung (vgl. dazu Klingemann & Gmel, 2001).

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Gezielte Aufklärung über die vielfältigen **gesundheitlichen Risiken** des Alkoholkonsums.

Ø Verwendung des Wissens über **psychosoziale Konsequenzen** des Alkoholmissbrauchs als **Ressource** im Rahmen präventiver Massnahmen: Die meisten Personen kennen Auswirkungen des schädlichen Gebrauches von Alkohol oder der Alkoholabhängigkeit aus dem engeren Familien- und Bekanntenkreis, Erfahrungen die für Interventionen als Ausgangspunkt genommen werden könnten.

Ø **Soziale Isolation** als einer der genannten Gründe für schädlichen Gebrauch von Alkohol ist unter den Migrantinnen und Migranten tendenziell verbreiteter als in der Schweizer Bevölkerung:²⁵ Die Trennung von nahe stehenden Menschen bzw. die Sorge um diese und eine fehlende soziale Einbettung in der Schweiz sind mögliche Ursachen dafür und müssen bei präventiven Massnahmen Beachtung finden.

Die Antworten zu der Frage, **woher** das Wissen zu den schädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums stamme, werden im Folgenden – entsprechend dem Kap. 4.4.2 – in drei Felder aufgeteilt:

- das **private, persönliche** (Familie, Freunde, Arbeitsplatz und andere Settings),
- das **professionelle** (Sozialarbeitende, HausärztInnen, Suchtberatung, etc.) und
- das **öffentliche** (Kampagnen in Schulen, öffentliche Plakatkampagnen, Informationen durch das Fernsehen, etc.).

Die Informationen zu den Schäden, welche das Alkoholtrinken verursachen kann, wurden sowohl im *Herkunftsland* der Befragten wie auch in der *Schweiz* zugänglich gemacht.

Auf der **privaten** Ebene sind es meistens die Eltern (eher im *Herkunftsland*), es können aber auch umgekehrt die Kinder sein (eher in der *Schweiz*), welche als InformationsträgerInnen fungieren. Es sind teilweise aber auch FreundInnen, die über die schädigenden Wirkungen des Alkoholkonsums informieren.

²⁵ Den neusten Zahlen des Bundesamtes für Statistik entsprechend leiden AusländerInnen verglichen mit SchweizerInnen gemäss der Gesundheitsbefragung 2002 nach eigenen Angaben insgesamt öfter unter *Einsamkeitsgefühlen*. V. a. ausländische Frauen leiden überdurchschnittlich darunter (vgl. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/data/06/02.Document.102817.xls>). In der Analyse der GMM-Daten (Gabadinho et al. 2007) wird der Zusammenhang von Gesundheit und der Empfindung von Gefühlen der Heimatlosigkeit untersucht und gezeigt, dass solche Gefühle sich ungünstig auf die Gesundheit auswirken.

Auf der **professionellen** Ebene wird häufig über **mündliche** Informationsvermittlung durch die zuständige Fachperson aus dem medizinischen oder sozialarbeiterischen Umfeld berichtet, welche oft begleitet ist von der Abgabe von **Informationsbroschüren**. Frau A. wurde über ihre muttersprachliche **Suchtberaterin** direkt und mit einer Informationsbroschüre zu Alkohol informiert und schildert, wie sie die deutschsprachigen Broschüren selber in ihre Muttersprache übersetzt habe. Mehrere Betroffene wurden von ihrem **Hausarzt** oder ihrer **Hausärztin** aufgrund einer neu diagnostizierten Krankheit über die Folgen des Alkoholkonsums für diese Erkrankung und umgekehrt (den Zusammenhang der Krankheit mit dem Konsum) aufgeklärt und bei manchen, wie bei Herrn E. und Frau O. z.B., hat dies zur Aufgabe des Alkoholkonsums geführt oder diese Entscheidung zumindest unterstützt.

Öffentliche Informationen werden generell häufig über das **Fernsehen** geholt. Zwei Spanisch sprechende Personen äussern, dass sie sich in der *Schweiz* z.B. Gesundheitssendungen wie *Puls* oder *Gesundheitssprechstunde* im Tessiner Kanal des Schweizer Fernsehens anschauen. Frau B. berichtet, dass sie keine Präventionsbemühungen kenne aus ihrem *Herkunftsland*, die Alkoholwerbung in ihrem Herkunftsland am **Fernseher** aber z.B. nur ab 23 Uhr ausgestrahlt werden dürfe. Frau C. erzählt von einer **SchülerInnen**-Kampagne gegen Drogen (auch gegen Tabak und Alkohol), an welcher sie als Jugendliche in ihrem *Herkunftsland* selber beteiligt war und dafür auf die Strasse ging.

Das Wissen über Schäden durch Alkoholkonsum erweist sich in unserem Sample als relativ gering und entsprechend sind unter den befragten Personen wenige Informationsquellen bekannt. Am meisten Informationen zum Alkoholkonsum und seinen negativen Folgen scheinen im privaten oder im Kontakt mit dem professionellen Umfeld (in der Schweiz) zu fliessen, im Zuge direkter Betroffenheit oder über Kampagnen (z.B. in Schulen im Herkunftsland), die Informationen zur Suchtproblematik allgemein betreffen.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Informationsbedarf ist vorhanden im Bereich **dauerhafter gesundheitlicher** und sozialer **Folgen** durch schädlichen Alkoholkonsum. Vorhandene Informationen (migrationsspezifisch und sprachlich angepasst) sind gezielt (mittels Broschüren und Plakatkampagnen) zu streuen (vgl. bereits vorhandenes Material in Migrationssprachen)²⁶.

Ø **Sensibilisierung** der Fachpersonen im Gesundheitsbereich für eine **Früherkennung** von Migrantinnen und Migranten mit Suchtproblematik oder Gefährdung für Alkoholabhängigkeit (soziale Isolation und Traurigkeit / Depression erkennen) (vgl. Empfehlungen 4.3.3).

4.4.4 Wissen und Nutzung von Angeboten der Prävention²⁷

Angebote der Prävention sind unter den Befragten sehr wenige bekannt, teilweise gar völlig unbekannt (Frau C., Frau E., Frau F., Herr H., Herr V., Frau W., Herr Z.): „*Wenn ich eine Adresse wüsste, würde ich es wenigstens ausprobieren*“ (auf Rauchstopp-Kurs angesprochen). „*In meinem Land sieht man das überall – hier in der Schweiz sehe ich nichts*“ (Herr I.). Herr L. behauptet im Gegenteil, dass er in seinem Herkunftsland noch nie Präventionsangebote wahrgenommen habe im Gegensatz zur Schweiz, wo ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein herrsche: „*In der Schweiz wird einem ja fast aufgezwungen, ein gesundes Leben zu führen*“. Frau D. nimmt ebenfalls in der *Schweiz* mehr

Unterstützungsangebote für Abhängige wahr als in ihrem Herkunftsland. Herr T. hingegen meint dezidiert „*(...) ich mache keinen Kurs oder keine Beratung dafür, ich habe keine Zeit. Wenn Sie mir Medikamente geben, dann bezahle ich die schon...*“.

Wenn ein Angebot bekannt ist, handelt es sich in der Regel ausschliesslich um dasjenige, welches **bereits genutzt** wurde. Mehrere Befragte äussern, dass sie sich bei spezifischen **Problemen** aber auch sonst bei Bedarf an eine bereits **bekannte Stelle** oder **Person** wenden. Das kann die bekannte Suchtberaterin sein, die für alles gefragt wird (Frau A.), der Übersetzer, der in jeder Situation Unterstützung bietet (Herr N., Herr T.), es ist die Hausärztin (Frau U., Frau O.), der Chef (Herr I.) oder eine andere Person oder Stelle, die **vertraut** ist und gewissermassen die individuelle Hauptinformationsquelle für Anliegen verschiedenster Art darstellt.

²⁶ Z.B. *Alkohol – wie viel ist zu viel? Eine Informationsbroschüre in Migrationssprachen* des Bundesamtes für Gesundheit und des SRK in Portugiesisch, Serbisch/ Kroatisch/ Bosnisch, Spanisch, Tamilisch, Türkisch (vgl. dazu Fussnote 11); die Broschüre *drink or drive* der Fachstelle „Alkohol am Steuer – nie!“, erhältlich in 10 Sprachen; erhältlich unter www.migesplus.ch.

²⁷ Vgl. Fussnote 18.

Die von uns befragten Personen nennen spontan namentlich folgende bekannten Stellen bzw. Angebote in der *Schweiz*: die **Anonymen Alkoholiker** und das **Blaue Kreuz**, die **Beratungsstelle für binationale Paare** (Frabina), die **Suchtberatung Zug** und die **Beratungsstelle für Frauen und Familien mit Migrationshintergrund** (Baffam), das **Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer** des SRK sowie die einzelnen sozialarbeiterischen Interventionen und psychiatrischen Kliniken, die einen Entzug (Alkohol) ermöglichen.

Die tatsächliche **Nutzung** von Angeboten der Prävention ist direkt abhängig vom Ausmass der Not und einer Intervention von aussen und fällt oft mit einem Entzug zusammen (siehe weiter oben). Äusserungen der Befragten lassen darauf schliessen, dass eine Nutzung der erwähnten Angebote sozusagen **freiwillig** und **ohne Unterstützung** in den meisten Fällen **kaum** zu Stande gekommen wäre.

Die **Sprache** scheint ebenfalls ausschlaggebender Faktor. In einem Fall hatte die Suchtberaterin, die die Sprache der Betroffenen spricht – über den Sozialarbeiter vermittelt –, den Zugang zu diesem Angebot schaffen können. Frau A. schildert diese Begegnung als grosse Entlastung und wie folgt: *„Zum ersten Mal habe ich geatmet, konnte zum ersten Mal weinen und sprechen. (...) Er ist hierher gekommen, um zu sprechen und hat sich gut gefühlt“* (Frau A. über ihren Ehemann).

Mehrere Personen, die einen Entzug vom Alkohol erlebt haben, schildern die Betreuung im geschützten und **strukturierten** Rahmen (der **Klinik**) und die Unterstützung durch **Medikamente**, als die wichtigsten Faktoren, welche für das spezifische Angebot sprechen (Frau O., Herr S., Frau U.). Für alle diese Betroffenen ist es aber auch heute noch zentral, nach dem eigentlichen Entzug, den regelmässigen **Kontakt** und die Unterstützung einer vertrauten **Fachperson** zu haben, die einem **jederzeit** zur Verfügung steht, wenn man sie braucht, gewissermassen als Notanker.

Geld spielt bei den Überlegungen zur Nutzung von Angeboten ebenfalls eine Rolle, was in mehreren Gesprächen zum Ausdruck kommt: Herr E. meint, *„wenn man Geld hat, dann kann man eine Therapie machen, sonst geht es nicht“*. Dass finanzielle Überlegungen Einfluss haben auf die Frage der Nutzung von Angeboten, ist in manchen Gesprächen nur implizit zu erahnen: Herr V. z.B. erzählt davon, dass er gehört habe, dass es Möglichkeiten gäbe, über die Krankenkasse beim Rauchstopp unterstützt zu werden. Die Kasse zahle *„...500 bis 800 Franken dafür“*. Herr I. meint im Zusammenhang mit den Krankenkassen, dass diese sich

aktiver um Aufklärung bemühen sollten, da sie ja schliesslich monatlich dafür bezahlt würden.²⁸

Gewissermassen exemplarisch für den Zugang zum Wissen und der Nutzung von Präventionsangeboten ist die Aussage von Frau U.: Sie behauptet, nur durch die Unterstützung eines grossen **Netzes** von parallelen Unterstützungsmassnahmen (privaten und professionellen), die auch noch heute nachwirkten, den Entzug damals geschafft zu haben: „Was ganz wichtig war, war der Anfang bei meiner Hausärztin. Ich hatte so viele Gespräche mit ihr, sie war immer sensibel.“

Die Aussagen zu Wissen und Zugang zu Präventionsangeboten bei den Befragten lässt aufhorchen. Dies insbesondere darum, als es sich dabei um ein spezifisches Sample von Personen handelt, die (bis auf wenige Ausnahmen) in einem direkten oder indirekten Kontakt mit Fachstellen standen und bereits mit dem beratenden Angebot konfrontiert waren. Die befragten Personen kennen dennoch sehr wenige Angebote. Die Wahrnehmung der vorhandenen Angebote in der Schweiz ist zudem sehr widersprüchlich, subjektiv geprägt und entspricht nicht dem tatsächlich vorhandenen Angebot.

Bekannt sind fast ausschliesslich jene Angebote, die bereits genutzt worden sind. Genutzt werden sie in der Regel aber erst in grosser Not und nur mit direkter Unterstützung einer Fachperson. Diese Person ist Vertrauensperson und bleibt auch über die Erst-Intervention hinaus und für Fragen auch ausserhalb der Suchthematik quasi individuelle Anlaufstelle.

Eine transkulturelle Öffnung des vorhandenen Angebotes in der Schweiz scheint noch nicht gegeben.

Die Aussagen lassen zudem vermuten, dass Angebote, die etwas kosten, kaum genutzt werden.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Bereits **vorhandene Angebote** für MigrantInnen sichtbar(er) machen (Sprache, Kanäle etc.): transkulturelle Öffnung realisieren (u.a. über aufsuchende Angebote / Strategien)²⁹.

²⁸ Solche Projekte werden z.B. über die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz realisiert (www.gesundheitsfoerderung.ch). Grundsätzlich werden Nikotin-Substitutionsmittel (Nikotinpflaster, Kaudepots, Inhalationen usw.) nicht über die Grundversicherung der Krankenkasse erstattet. Es gibt wenige Ausnahmen (so z.B. Helsana), wo u.a. Nikotin-Ersatzmittel, Rauchstopp-Kurse sowie Behandlungskosten für Akupunktur oder Hypnose (als Rauchstopp-Methoden) über den Leistungskatalog von Zusatzversicherungen eingeschlossen sind.

Ø **Finanzielle** Seite der Angebote prüfen.

Ø **Vertrauenspersonen** ‚schaffen‘:³⁰ Wer ist eine Vertrauensperson? Was bedeutet es für die Institution, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter Vertrauensperson ist? Könnte das Verfahren des Case Management³¹ hier sinnvoll sein (mit Vertrauensperson als Gate Keeper?)

Ø **Niederschwellig** Zugang zu den Institutionen bzw. den Vertrauenspersonen sicherstellen, d.h. adäquate Öffnungszeiten und ausgedehnte telefonische Erreichbarkeit.

4.4.5 Bedürfnisse bezüglich Tabakpräventionsangeboten

Wissen wir nun, welches Wissen vorhanden ist zu den negativen Folgen des Rauchens und auch woher dieses Wissen in erster Linie stammt, werden im Folgenden die Bedürfnisse und Wünsche der Befragten in Sachen Unterstützung und Angeboten zur Tabakprävention dargelegt.

Bevor die konkreten Bedürfnisse der Befragten aufgezeigt werden, soll einleitend kurz dargelegt werden, welche eher allgemeinen Aussagen die Frage nach Bedürfnissen auslöst:

Frau D. und Frau R. sprechen vom **persönlichen Willen** und der **Stärke**, die es brauche: *„Ich wollte nicht zu jemanden gehen, um mit dem Rauchen aufzuhören. Wenn diese Person nicht mehr da ist, dann raucht man wieder. Also bei mir war es so, dass ich einfach einen Tag nicht geraucht habe und dann am nächsten auch nicht usw.“* (Frau R.). Frau B. und Herr H.

schildern, dass sie ihre **Gewohnheiten** ändern müssten, um nicht mehr zu rauchen und zudem müsste ein **Ersatz** gefunden werden: *„Einen Apfel essen, eine Karotte oder Ähnliches, aber nicht Süßigkeiten“* (Frau B.). Frau E. spricht neben der fehlenden Kraft ebenfalls vom Ersatz den sie bräuchte, um aufhören zu können: *„(...) wenn ich vielleicht noch etwas anderes hätte, das mir Freude macht, würde ich mir vielleicht überlegen aufzuhören...“*.

²⁹ Die Definition von aufsuchende Angebote / Strategien in diesem Zusammenhang bedarf einer Differenzierung.

³⁰ Das Thema *Vertrauen* ist offensichtlich zentral. Es könnte MigrantInnen u.U. aus migrationsspezifischen Erfahrungen schwerer fallen, Vertrauen zu einer Fachperson aufzubauen. Ist es vorhanden, sollte es weiter genutzt werden können, z.B. indem diese Person als Gate Keeper fungiert.

³¹ *Case Management* ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht bzw. unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen. Case Management stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her. Es respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem (siehe <http://www.netzwerk-cm.ch>)

Wichtig erachtet Frau C., dass das **Umfeld** interveniert und sagt: „*Bitte, rauche nicht, Du riechst schlecht, du riechst schlecht aus dem Mund, ich mag das nicht!*“. Nicht Wissen oder Angebote, sondern in erster Linie mehr **Druck** von aussen verlangt Herr T.: „*Wünsche bringen nichts, ich kann trotzdem nicht nicht rauchen, ich brauche Druck. Ich will aufhören, Machen Sie Druck!*“.

Herr N. ist überzeugt, dass ein Entzug bei ihm nicht funktionierte, weil die vom Arzt verschriebenen **Nikotintabletten** zu wenig stark seien (und er zeigt als Beweis die Nikotinwerte auf seinem Zigarettenpaket und zum Vergleich die Angaben auf der Tablettenschachtel).

Frau D. ortet den Handlungsbedarf bei der allgemeinen **Integration** von MigrantInnen in der Schweiz und nicht ausschliesslich bei Präventionsprogrammen und schildert das so: „*Man lernt hier und da ein Stück über Ernährung, Erziehung, Ausbildung, Zugang zu Informationen, Austausch. Man tauscht viel aus. Es braucht gute Integrationsprojekte (...), dann wird es kommen [Veränderungen im Verhalten]*“.

Die Frage nach Bedürfnissen im Bereich von Präventionsangeboten provoziert die Befragten manchmal gar zu Antworten wie die folgende und zielen am Erfragten vorbei: „*Wenn ich einmal ganz aufhören will, denke ich, werde ich das ohne Hilfe schaffen*“ (Herr H.).

Befragt nach Bedürfnissen in Sachen Angebote, wird von den Befragten typischerweise der eigene Wille erwähnt, den es in erster Linie brauche. Die Rolle des Willens (vgl. dazu weiter oben) stellt tatsächlich eine sehr wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Verhaltensänderung dar.

Allerdings scheint es den Betroffenen an Informationen zu Symptomen der Abhängigkeit zu fehlen (vgl. dazu auch DIMI, 1994). Hier sollte dringend spezifische Wissensvermittlung erfolgen.

In Folge dessen könnten dann auch Hilfsmittel (z.B. Nikotinsubstitute) als nachweislich erfolgssteigernde Unterstützungsmethoden nahegelegt werden (vgl. dazu z.B. Silagy, 2007). Allerdings sind eine fachgerechte Anwendung und Dosierung dieser Produkte für einen erfolgreichen Einsatz entscheidend.

Auch sprechen die Befragten von Gewohnheiten, die sich ändern und vom Ersatz der (für die Sucht) gefunden werden müsste. Die Bedeutung von Ersatzhandlungen ist in Rauchstopp-Programmen generell zentrales Element.

Professionelle Unterstützung und Hilfe (Angebote) scheinen aber von den Befragten nicht in jedem Fall und primär erwünscht. Vielmehr wird erwartet, dass auch das persönliche Umfeld und die Öffentlichkeit sich einmischen und in diesen Fragen Unterstützung leisten.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Spezifische Wissensvermittlung zum **Abhängigkeitssyndrom** und **Hilfsmittel** (z.B. Nikotinsubstitute), welche einen erfolgreichen Ausstieg aus der Sucht unterstützen.

Ø Fachgerechte Unterstützung bei der Dosierung und Handhabung von **Substitutionsmitteln** ist sehr wichtig und muss eine detaillierte Informationsvermittlung durch eine fachkundige Person beinhalten.

Ø Parallele Unterstützung im **persönlichen Umfeld** (gewisser Druck durch die Angehörigen) und durch verstärkte Integration in der Schweiz.

Ganz konkret liessen sich dann aber auch folgende **Bedürfnisse** feststellen:

Mündliche Informationsvermittlung zu den Folgen des Tabakkonsums, am besten **integriert** in bestehende Settings, wird als häufigster Wunsch geäussert: an (Sprach-)Schulen, in Familien, am Arbeitsplatz und in den Vereinen der MigrantInnen: *„Wenn sie [Landsleute] irgendwohin gehen könnten, in einen MigrantInnenverein oder so, wenn sie all die Informationen hätten, das wäre gut! (...) Der Ort spielt keine Rolle, ob es eine Kirche, eine Moschee oder ein Verein ist. Wichtig ist, dass es die Informationen in unserer Sprache gibt“* (Herr und Frau E.).

Frau F. benennt den Zusammenhang zwischen dem Wissen und dem **Aufsuchen** von Hilfsangeboten wie folgt: *„Grundsätzlich denke ich nicht, dass jemand, der Probleme hat mit Alkohol oder Tabak, in der Lage ist zu sagen, ‚ich brauche jetzt Hilfe‘. Darum finde ich es gut, wenn solche Themen in die Kurse [Integrationskurse] aufgenommen werden. Es mag sein, dass die Leute vielleicht die Hilfe brauchen und wenn sie die Informationen dazu bekommen, greifen sie vielleicht auf die Hilfe zurück.“*

Dass die mündlichen Informationen den MigrantInnen in ihrer **Muttersprache** zugänglich sind, ist ein weit verbreitetes Bedürfnis. Zudem müsse das Publikum für die Informationen **vorbereitet** werden, indem zunächst **Einzelne** angesprochen würden, und solche Treffen vor dem informativen Teil einen gemütlichen Teil böten. Herr V. berichtet vom Gefühl, das ihn oft beschleiche *„(...) die wollen mich schon wieder zu was überreden, was ich gar nicht will, da stellt es mir grad ab!“* und wünscht deshalb, die Thematik *„...müsste schön eingepackt*

sein, nicht so direkt und offensiv“. Auch Frau W. wünscht sich eine nicht offensive und diplomatische Vermittlung, welche nicht *„...auf Angstmache beruhe*“. Die Informationen vermittelnden **Personen** müssten zudem Selbstvertrauen haben, stark sein und als Vorbilder dienen, meinen Frau D. und Frau G..

Auch **schriftliche Informationen** müssten **mehrsprachig** zur Verfügung stehen und am wirkungsvollsten in Verbindung mit **Bildern** (Zeichnungen, Fotos oder Filmen), die die Folgen vom Konsum von Tabak veranschaulichen und damit ein grösseres Bewusstsein schaffen (gerade auch, wenn die Sprache noch nicht vollständig verstanden werde): *„Ich finde nur immer Informationen (zu Krebs, Brustkrebs und Sonnenschutz) in Deutsch, nicht in meiner Muttersprache. Ich gebe es meinem Mann, er soll es lesen. In meiner Muttersprache würde ich es lesen*“ (Frau G.). So meint auch Herr I.: *„Wir sind zu wenig informiert, haben nur den Fernseher und keine schriftlichen Infos*“.

Einige Personen meinen, dass viele Leute zwar von den gesundheitsschädigenden Wirkungen des Rauchens wissen, aber **nicht umfangreich** genug: Informationen könne man nie zu viele haben. Im Gegensatz dazu meinen andere, Broschüren sollten sehr **klar** und **kurz** gehalten sein, mit starkem Alltagsbezug und sprachlich angepasst (kein medizinischer Jargon), denn die Informationsbroschüren, die sie aus dem Herkunftsland kennt, seien zu lang und *„niemand liest diese!*“ (Frau C.)

Informationsvermittlung via **Fernseher** wird begrüsst, aber nicht ausschliesslich. Auch **TV-Spots** werden vorgeschlagen, die – nonverbal gehalten – viele Leute erreichen könnten.

Ausserdem wird **Verhältnisprävention** als ein Bedürfnis, vor allem seitens der Rauchenden selber geäussert. **Rauchverbote** in Restaurants oder Zügen werden – so die Aussagen – respektiert und sogar begrüsst. Es scheint teilweise, dass die **Unmöglichkeit** zu Rauchen oder ein Rauchverbot – quasi als erzwungener Beitrag zur Gesundheit bzw. zur Verminderung des gesundheitlichen Schadens – geradezu erhofft wird.

Exemplarisch und logisch die Feststellung von Herrn N. wie folgt auf den Punkt gebracht: *„Wenn ich nicht rauchen darf, das nützt am meisten!*“ oder in der Version von Herrn S.: *„Wenn man nicht darf, dann tut man auch nicht*“. Auch Frau R. meint, dass das Aufhören verordnet gewissermassen am einfachsten war, als sie Kopfschmerzen hatte und deswegen Tabletten nehmen musste. Zusammenfassend die Aussage von Herrn H.: *„Ich rauche nicht, wenn ich andere störe, auch Kinder, aber freiwillig verzichte ich nicht*“. Nur gerade ein interviewter Mann gab zu, gar seine Arbeitsstelle aufgrund eines neu eingeführten Rauchverbotes gewechselt zu haben (Herr T.).

Herr H. würde anstelle der Präventionsbemühungen (und Umfragen dazu!) gleich die Zigarettenproduktion an sich einstellen: „*Von mir aus braucht es keine Prävention. Alle erwachsenen Menschen, alle, die reif sind, wissen, dass Rauchen schädlich ist für die Gesundheit. Ich persönlich finde, man sollte nicht Leute interviewen, sondern Tabakfirmen schliessen*“. Hierhin gehört auch der in Gesprächen als wirkungsvoll beschriebene Vorschlag, die Tabak-Produkte zu **verteuern**, um den Konsum einzuschränken (Herr L., Herr S.). Wohl eher unter dem Aspekt Humor ist der Vorschlag von Frau G. einzuordnen: „*Man sollte Zigaretten mit Pfefferschoten machen!*“.

Die Auswertung der Gespräche, betreffend der konkreten Wünsche für Präventionsangebote, zeigt viele und sehr konkrete Bedürfnisse: Gewünscht wird grundsätzlich mehr Information, schriftlich und mündlich, und zwar in der Muttersprache der MigrantInnen.

Die Vermittlung der Informationen soll eingebettet stattfinden, in einem Setting, wo es den Betroffenen wohl ist, durch Personen, die vertraut sind und integriert in Vermittlung anderer Informationen, sei es zu Gesundheit allgemein, zu Integration oder in Sprachkursen.

Informationsvermittlung durch das Fernsehen wird ebenfalls vorgeschlagen. Weil diese allen zugänglich ist, scheint sie naheliegend, aber aus Sprachgründen fraglich.

Schliesslich wird von den Betroffenen selber auch mehr Verhältnisprävention gefordert, denn diese fordert von den Einzelnen keinen (als so zentral erachteten) Willen und auch keine Entscheidung, sondern geschieht unter Druck.

Zusammengefasst werden verschiedene wichtige Elemente aus gängigen Präventions-Wirkungs-Modellen genannt (z.B. Alternative Handlungsstrategien, Verwendung von Substitutionsprodukten, Verminderung von stresserzeugenden Einflüssen, massenmediale (niederschwellige) Informationsvermittlung, Preiserhöhung von suchterzeugenden Produkten, Verknappung des Angebots).

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø **Mehr Informationen** vermitteln, sowohl schriftliche wie auch mündlich – und zwar in den Migrationssprachen und in einer verständlichen und klaren Form.

Ø Die Informationen **einbetten** in Settings und Veranstaltungen, welche den Migrantinnen und Migranten bekannt und vertraut sind. Auch die vermittelnden Personen sollen bekannt und vertraut sein.

Ø Die Themen Alkohol und Tabak **nicht isoliert**, sondern (aufgrund der Gefahr der Tabuisierung) in andere Gesundheitsinformationen integrieren.

Ø Wenn möglich, das **Fernsehen** als Medium nutzen (vgl. weiter oben).

Ø **Verhältnisprävention** wird begrüsst, weil sie entlastet.

4.4.6 Bedürfnisse bezüglich Alkoholpräventionsangeboten

Nach den Bedürfnissen bezüglich Unterstützung in der Alkoholprävention befragt, wird auch hier (wie in Kap. 4.4.5) häufig an erster Stelle erwähnt, wie wichtig es sei, **selbst** stark zu sein: „*Ich bemühe mich selbst*“ (Frau A.) oder „*Die Motivation aus sich selbst heraus ist wichtig*“ (Herr I.). Als wichtigste Unterstützung hat Frau O. erlebt, dass sie **darüber sprechen** konnte (ebenso Frau U.), nachdem sie jemand von aussen auf ihr Problem angesprochen hatte – und sie zudem an ihre Pflichten erinnerte: „*Sie haben Kinder, wer schaut sonst zu ihnen, sie sind noch jung!*“ (Frau O.).

Am meisten nütze, sich selber zu **schützen** vor Situationen, wo man schwach (d. h. rückfällig) werden könnte, meinen ehemals Alkohol abhängige Befragte: so werden im Einkaufsladen die Regale mit alkoholischen Getränken aktiv ignoriert (Frau O.). Herr S. hat gelernt, Nein zu sagen, wenn Alkohol angeboten wird und Frau U. weicht dem Kontakt mit Leuten mit Alkoholproblemen aus und sucht gleichzeitig den Erfahrungsaustausch mit jenen, die die Sucht überwunden haben wie sie. Frau R. wünscht relativ hilflos: „*Vielleicht sollte jemand da sein, der die Flasche wegnimmt, vielleicht gibt es auch Entzugserscheinungen, die man behandeln kann*“.

Präventiv im Bereich Sucht, wirke natürlich umgekehrt **Arbeit**, diese könne auch unbezahlte ehrenamtliche Tätigkeit sein (Herr A., Herr M.). Frau U. hingegen – sie stellt sicher eine Ausnahme dar – wurde die Arbeitsstelle während des Entzuges in einer Klinik sogar frei gehalten und sie konnte nach dem Entzug wieder dorthin zurückkehren.

Als Grundproblem sieht Frau F. die fehlende **Integration** von MigrantInnen im weiteren Sinne, fehlender Anschluss z.B. an die Erwerbsarbeit und damit verbundene, fehlende oder falsche Kontakte. Man verkehre dann mit Menschen, mit welchen man in der Heimat nie Kontakt gehabt hätte und mit ihnen werde dann getrunken: „*Man müsste den Ausländern ermöglichen, etwas Sinnvolles, eine Lehre oder so zu machen, nicht die Zeit auf der Strasse mit Trinken zu verbringen. (...) Sie haben einfach keine Alternative, etwas Positives zu machen, etwas was sie motiviert.*“

Die geäußerten Bedürfnisse für Prävention im Bereich Alkohol zeigen ein umfassendes Präventionsverständnis: Zunächst wird – wie bereits beim Tabak – die Stärke und Selbstmotivation geäußert, die man aus sich heraus generieren müsse. Aber auch das Sprechen darüber, den Tabubruch gewissermaßen bzw. das Heraustreten aus der Isolation sowie schliesslich ganz praktisch, der Schutz vor zu Alkoholkonsum verführenden Situationen, gehört zu den geäußerten Präventionsbedürfnissen.

Empfehlungen für präventive Massnahmen

Ø Angebote an der Ressource des umfassenden **Präventionsverständnisses** anknüpfen.

Ø Dabei Möglichkeiten der **Kontaktaufnahme und Gespräche** für MigrantInnen ausbauen (z.B. durch aufsuchende Strategien).

Ø Personen vermehrt vor dem Konsum **schützen**, indem Alkohol weniger präsent ist.

Folgende konkrete **Bedürfnisse** zu Angeboten im Bereich Alkoholprävention wurden geäußert:

Sie betreffen die Beratung in **Muttersprache** und die **schriftlichen** Informationen (Frau A.). Frau K. findet etwas Schriftliches im Handformat ebenfalls sinnvoller als Plakate oder etwa TV-Spots, weil man „(...) *etwas in der Hand hält und darin blättern kann*“. Frau K. meint, dass in erster Linie an der Problemwahrnehmung, dem **Problembewusstsein** gearbeitet werden müsse. Herr M. bestätigt diese Aussage gleich am eigenen Beispiel und steht exemplarisch für mehrere befragte Personen: „*Informationen sind nur hilfreich, wenn man nichts weiss. Aber wenn man alles weiss, dann nützt es nichts mehr. Man muss einfach selber wollen (...)*“.

Auch Herr I. erwähnt mehrmals die Wichtigkeit der schriftlichen **muttersprachlichen** Informationen, die in seiner community verteilt werden müssten. Er schlägt vor, zunächst Broschüren zu verteilen, dann **Veranstaltungen** im Vereinslokal zu organisieren, wozu man z.B.: Fachpersonen einladen würde. Einig ist man sich, dass der **Ort** der gewünschten Informationsvermittlung gut gewählt werden muss: er soll **vertraut** sein, wie z.B. die Zentren der MigrantInnen (Herr I., Herr L.). Dem stimmt auch Frau K. zu und meint, wichtig sei zudem, die Probleme nicht gleich beim Namen zu nennen, sondern z.B. in einen allgemeinen Gesundheitskurs einzubetten, wo man dann auf die Problematik des Alkoholkonsums zu sprechen komme. Dass man sich bei der Prävention auf **Vorbilder** beziehe, findet Frau G.

wichtig. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Rolle der **HausärztInnen** verwiesen, die Aufklärung betreiben und die Leute zum Aufhören auffordern müssten.

Auch im Zusammenhang mit Alkohol wird **Verhältnisprävention** gewünscht: Frau R. schlägt z.B. vor, den Alkoholkonsum in den Restaurants **einzuschränken**, indem nur ganz bestimmte und beschränkte Mengen Alkohol ausgeschenkt würden.³²

Es ist unter den Befragten wenig Wissen zu den Angeboten der Alkoholprävention vorhanden. So existieren auch wenig klare Vorstellungen darüber, wie solche aussehen müssten. Wir verweisen hier auf das Kapitel 4.4.5, wo diese Thematik für die Prävention im Bereich Tabak behandelt wurde und welche in der Praxis auch im Zusammenhang mit Alkoholpräventionsangeboten Gültigkeit besitzen dürfte.

Empfehlungen für präventive Massnahmen³³

Ø Mehr schriftliche und mündliche Informationen in der **Muttersprache**: Ort muss sorgfältig gewählt werden und vertraut sein – mit **Vorbildern** arbeiten.

Ø Beratungsangebote in Migrationssprachen und Bekanntmachung des Angebotes über geeignete **Kanäle** der Migrationspopulation.

Ø Vorhandene Akzeptanz bei verstärkter **Verhältnisprävention** nutzen.

³² Vgl. zur Verhältnisprävention im Alkoholbereich BAG, 2007a. Das Nationale Programm Alkohol 2008 – 2012 (NPA) des BAG sieht z.B. im Bereich Jugendschutz vor, den Alkoholverkauf zwischen 21 und 7 Uhr zu verbieten (BAG, 2007b).

³³ Vgl. Empfehlungen im vorhergehenden Kapitel 4.4.5 zur Tabakpräventionsangeboten.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis

Wie eingangs erläutert, stand die Hauptfrage nach nachhaltiger, basisorientierter und effizienter, transkulturell ausgerichteter Prävention im Zentrum der präsentierten Umfrage. Die Daten aus der Umfrage wurden einer differenzierten Analyse unterzogen mit dem Ziel, die Kontext- und Bedeutungsebene der Aussagen zu eröffnen und durch das Verstehen von Präventionsverhalten, Empfehlungen für die Ausgestaltung adäquater präventiver Massnahmen auszudifferenzieren.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse aus der Umfrage unter Migrantinnen und Migranten dargestellt und mit den Ergebnissen aus der Umfrage bei den Fachpersonen mit Migrationshintergrund (vgl. Kap. 3) kontrastiert werden sowie in Form von Empfehlungen für die Praxis den vorliegenden Bericht abrunden.

Zusammengefasst betrachtet zeigen die mittels der hier durchgeführten explorativen, qualitativen Studie befragten MigrantInnen ein breites Verständnis von Gesundheit und Prävention (entsprechend der Definition nach WHO, 1986). Dieses könnte für die Praxis verstärkt genutzt werden. Das konkrete Wissen der befragten MigrantInnen zu den Schäden und Folgen von Tabak- und Alkoholmissbrauch ist breit, wenn auch tendenziell oberflächlich oder punktuell vorhanden. Dies dürfte ein Befund sein, der wahrscheinlich generell für Laien zutrifft. Zudem wurde in der vorliegenden Umfrage insofern ein spezifisches Sample kontaktiert, als dass die befragten Personen bis auf wenige Ausnahmen alle in einem direkten oder indirekten Kontakt mit (den ebenfalls befragten) Fachstellen standen, und somit bereits mit dem beratenden Angebot konfrontiert waren (durch die eigene Abhängigkeit oder durch Angehörige, welche davon betroffen sind). Die Befragten dürften also bereits eher mehr Informationen erhalten haben, als unbetroffene Personen aus der Migrationsbevölkerung. Das Wissen über vorhandene Angebote der Prävention ist hingegen auch bei diesen Personen sehr gering und der Zugang zu den Informationen und Angeboten nicht ausreichend gegeben. Einerseits kann dieses Faktum auf die bisher nicht erfolgte transkulturelle Öffnung der Institutionen zurückgeführt werden. Andererseits liegen Gründe dafür in der durch die Abhängigkeit wirkenden kognitiven Dissonanz, welche die Selbstmotivation und Selbstwirksamkeit beeinträchtigen.

5.1 Wichtigste Ergebnisse aus der Umfrage bei Migrantinnen und Migranten

Aus den Gesprächen mit den **Migrantinnen und Migranten** ergaben sich folgende wichtigsten **Ergebnisse** unterteilt nach den Themen **Tabak-** bzw. **Alkoholkonsum**, dem Wissen um **schädliche Wirkungen** von Tabak und Alkohol sowie dem Wissen um **Angebote** der Prävention:

Tabakkonsum

Bezüglich des Konsums von Tabak zeichnen die Gespräche mit den Befragten folgendes Bild:

- Rauchen ist biografisch und soziokulturell stark verankert und stellt teilweise einen **integralen Teil** des Alltags dar.
- Rauchen erfüllt zum Teil eine stark ambivalente **Rolle** als „Freund und Feind“ zugleich.
- Das Rauchen stellt eine gängige **soziale Praxis** dar, die ausserdem geschlechtsspezifisch und altersklassenspezifisch gehandhabt wird.
- Das **Problembewusstsein** gegenüber dem Rauchen ist kognitiv vorhanden, wird aber bei den Betroffenen aufgrund der häufig vorkommenden kognitiven Dissonanz bei Suchtkranken typischerweise verharmlost.
- Missbrauch von Tabakkonsum und seine Folgen werden z.T. – gemessen an anderen (migrationsspezifischen) Problemen – **nicht prioritär** beurteilt.
- Die Gefahren des **Passivrauchens** sind bewusst und der Nichtrauchererschutz wird in Rücksicht auf das (nichtrauchende) Umfeld, insbesondere auf Kinder, teilweise umgesetzt.
- Die Motivation, mit dem Rauchen **aufzuhören**, stellt sich in erster Linie aufgrund einer unmittelbar drohenden oder bereits diagnostizierten Krankheit ein.
- Der eigene **Wille** wird als wichtigste Voraussetzung für einen Rauchentzug genannt und die Wirkungen der Sucht im Sinne der verschiedenen Aspekte des Abhängigkeitssyndroms werden unterschätzt (körperlich, psychosozial etc.). Es zeigt sich, dass hier eine Wissenslücke besteht. Zudem ist die **Selbstwirksamkeit** vermutlich aufgrund der Migrationserfahrung z.T. zusätzlich eingeschränkt.

Alkoholkonsum

In Bezug auf den Konsum von Alkohol zeigen sich aufgrund der Gespräche im Rahmen unserer Umfrage folgende Ergebnisse:

- Alkohol wird sehr **polarisierend** beurteilt, entsprechend der individuellen Erfahrung mit der Substanz: entweder ist Alkohol positiv konnotiert und wird tendenziell verharmlost oder Alkohol ist negativ konnotiert und wird mit grossen Gefahren in Verbindung gebracht.
- Der **Umgang** mit Alkohol in der Schweiz wird als sehr verbreitet wahrgenommen, das Trinken wird als sozial stark erwünscht, partiell gar als Pflicht empfunden und der Alkohol als leicht zugänglich (erschwinglich) beschrieben.
- Oft bietet der aus der Herkunftsfamilie **tradierte** problematische Umgang mit dem Alkohol ein Vorbild. Gleichzeitig ist die Sucht in der Familie nicht selten aber tabuisiert.
- Der Umgang mit Alkohol zeigt einen **schmalen Grat** zwischen Akzeptanz und Ablehnung gegenüber der Substanz auf, der durch sich teilweise (scheinbar) widersprechenden (Trinken als Pflicht und als Schande) und auch überholten sozialen Normen bestimmt wird.
- Der Konsum von Alkohol wird **genderspezifisch** beurteilt und praktiziert.
- Ein **Alkoholentzug** erfolgt in der Regel erst, wenn die Folgen der Abhängigkeit das Umfeld (privat oder professionell) zu einer Intervention veranlassen.
- Ein **Entzug** ist nachhaltig, wenn mehrere Faktoren gleichzeitig wirken: professionelle Unterstützung, der eigene Wille sowie eine Veränderung der bisherigen Lebensgewohnheiten.

Wissen um schädlichen Wirkungen von Tabak und Alkohol das Wissen um Angebote der Prävention

Zum Wissen um schädliche Wirkungen von Tabak und Alkohol und zum Wissensstand zu Angeboten der Prävention zeigt die Umfrage folgendes Bild:

- Das Wissen um schädliche Wirkungen von Tabakmissbrauch ist grundsätzlich **vorhanden**, die **wichtigsten Elemente** werden genannt. Das Wissen zu den Folgen von Alkoholmissbrauch ist eher rudimentär vorhanden.

- **Informationen** erlangen die Befragten aus Präventions-Kampagnen und dem Fernsehen in ihren **Herkunftsländern**. In der **Schweiz** geschieht der Zugang zu den Informationen in erster Linie **individuell** (im privaten und professionellen Bereich).
- Beim Rauchen werden die **gesundheitlichen** Folgen des schädigenden Konsums primär erwähnt, beim Alkoholkonsum sind es vor allem die **psychosozialen** Folgen der Abhängigkeit.
- Direkte Erfahrungen mit den schädlichen Folgen von Rauchen und Alkoholkonsum hat die Mehrheit der Befragten aus dem **näheren Umfeld** (Familie und Bekanntenkreis).
- Das **Wissen** über und der **Zugang** zu Präventionsangeboten unter den Befragten ist **schlecht**³⁴ und die Wahrnehmung der Angebote (in der Schweiz) **widersprüchlich**: Teils wird das Schweizer Angebot als umfassend und allgegenwärtig, teils als sehr gering und quasi inexistent beschrieben.
- **Genutzt** werden Angebote erst sehr **spät** und nur mit **direkter Unterstützung** bzw. Vermittlung durch eine Fachperson, welche oft einziger professioneller Kontakt zum Versorgungssystem darstellt und bleibt.
- **Gewünscht** werden mehr Information – mündlich und schriftlich – in den **Muttersprachen** der MigrantInnen. Die Informationen sollen **eingebettet** in bekannten Settings (z.B. Klubs / Vereine, Schule, Integrationsangebote) und durch bekannte Personen sowie im Kontext anderer Gesundheitsinformationen vermittelt werden.
- **Verhältnisprävention** wird akzeptiert, ja gar geschätzt und gefordert. Sie dient bei Suchtkranken gewissermassen einer Entlastung der Eigenverantwortung.

³⁴ Dieses Ergebnis erstaunt umso mehr, als es sich bei den befragten MigrantInnen ja bekanntlich um Personen handelt, die in einer direkten oder indirekten Verbindung zu einem Präventions-Projekt oder einer spezialisierten Stelle stehen: Dass auch diese MigrantInnen ein geringes Wissen und kaum Zugang zu Präventionsangeboten haben, ist bedenklich.

5.2 Kontrastierung der beiden Umfragen

Aus der **Kontrastierung** der Ergebnisse der beiden Umfragen ergeben sich folgende Feststellungen:³⁵

- Die **Health Literacy** der Befragten betreffend Alkohol ist rudimentär vorhanden, betreffend Tabak / Rauchen ist sie im Hinblick auf das Wissen **ausgeprägter** als von den Fachpersonen vermutet.
- Die durch die Fachpersonen betonte **kurative Haltung** und Passivität der MigrantInnen wird durch die Umfrage bei den MigrantInnen bestätigt. Professionelle Unterstützung wird durch die betroffenen MigrantInnen erst sehr spät und bei bereits vorliegender Krankheit aufgesucht. Allerdings ist in diesem Zusammenhang unklar, inwiefern diese Haltungen auf die Suchtkrankheit oder aber tatsächlich auf dem Migrationsstatus der Betroffenen gründet.
- Die durch die Fachpersonen genannten **strukturellen Bedingungen**, welche Präventions- und Gesundheitsverhalten von MigrantInnen mitprägten, können durch die Ergebnisse der Umfrage unter MigrantInnen bestätigt werden: Der Zugang zu Angeboten ist für MigrantInnen strukturell erschwert, z.B. durch einen Informationsmangel (aufgrund fehlender Sprachkenntnisse) und fehlende finanzielle Möglichkeiten.
- Die Umfragen stimmen überein in der Feststellung, dass Prävention für MigrantInnen oft nicht **erste Priorität** hat sondern andere Probleme wie z.B. Arbeitslosigkeit oder direkte Bedrohung durch Krieg (im Herkunftsland) im Fokus des Interesses um die Erhaltung der Gesundheit stehen.
- Sowohl Fachpersonen wie befragte MigrantInnen bestätigen, dass **aufsuchende Arbeit** bzw. **Niederschwelligkeit** in den Ansätzen als zentrale Punkte in der Präventionsarbeit mit MigrantInnen gelten, weil MigrantInnen den Weg in die Institutionen selber sehr spät suchen und finden.

³⁵ Mit dem Ziel der besseren Lesbarkeit werden die Ergebnisse der Umfrage unter Fachpersonen mit Migrationshintergrund im Folgenden als Ergebnisse aus der Umfrage unter Fachpersonen bezeichnet.

- Die Wichtigkeit der Rolle von **Schlüsselpersonen** hat in den Umfragen Übereinstimmung erfahren. Die Umfrage unter den MigrantInnen zeigt, dass eher persönliche Vertraute (Nachbarin oder Hausärztin) diese Rolle übernehmen. Die Fachpersonen gehen hingegen von einer professionellen Schlüsselperson aus. Einigkeit besteht in der offenen Frage, welche Personen im professionellen Umfeld diese Rolle ausfüllen können / sollen.
- In der Umfrage unter den MigrantInnen fällt auf, dass bei Erstinterventionen **Privatpersonen** (z.B. Nachbarn oder Personen im Arbeitsumfeld) und zwar insbesondere bei Frauen, oft eine zentrale Rolle spielen. Fachpersonen sprechen hier in erster Linie von (oben erwähnten) professionellen Schlüsselpersonen.
- Die Umfragen bestätigen, dass den **HausärztInnen** als erste und meist einzige Anlaufstelle des Gesundheitssystems für MigrantInnen eine zentrale Rolle zukommt.
- Die **transkulturelle Öffnung** der Institutionen als expliziter Wunsch der Fachpersonen wird durch die Umfrage bei den Betroffenen indirekt bestätigt, als diese z.B. mehr muttersprachliche Beratungsangebote wünschen.
- Die **Sprache** spielt in den Umfragen eine nicht kongruente Rolle. Die Fachpersonen behaupten, die Sprache werde generell überschätzt, wohingegen die befragten MigrantInnen in erster Linie Sprachbarrieren erwähnen und entsprechend muttersprachliche Beratungsangebote und übersetzte Informationsmaterialien wünschen. Die MigrantInnen betonen dabei, dass Sprache nicht nur als Mittel zum Zweck diene sondern durch die Sprache zusätzlich Vertrauen gebildet und symbolische Anerkennung ausgedrückt werde.
- Bestätigt wird durch die Umfragen, dass der Weg über die **MigrantInnenvereine** den zentralen Zugang zu den MigrantInnen darstellt. Die Fachpersonen betonen den Einbezug von Systemen, die über hohe MigrantInnenvertretung verfügen wie z.B. Sportvereine und Gewerkschaften. Die MigrantInnen nennen auch Klubs und andere Selbstorganisationen mit kleinerer Reichweite. Die befragten MigrantInnen weisen hier zusätzlich auf die zentrale Rolle der **Familie** hin und auf das **Vertrauen**, das gegenüber der vermittelnden Person / Institution vorhanden sein muss.
- Die Fachpersonen fordern für eine transkulturelle Präventionsarbeit **Vernetzung** auf verschiedenen Ebenen (Case Management), eine Forderung, die sich durch die dargestellte Beschreibung der Fälle bestätigt, in welchen die erfolgreichen

Interventionen auf einer engen Begleitung durch einzelne Fachpersonen und deren professionellen Vernetzung basieren.

- Die Fachpersonen sprechen von der Wichtigkeit der **community-spezifischen Medien**, in der Umfrage bei den MigrantInnen hat sich dies insbesondere bezüglich der Nutzung von Fernsehkanälen aus den Herkunftsländern bestätigt.

5.3 Empfehlungen für die Praxis präventiver Massnahmen

Aus den wichtigsten Ergebnissen und der Kontrastierung der Umfragen leiten wir im Bereich transkultureller Tabak- und Alkoholprävention zusammenfassend **Empfehlungen** für die **Praxis präventiver Massnahmen** ab. Sie werden in Folgenden aufgeteilt nach den Themen **Informationsvermittlung**, **Zugang** zu Angeboten und **Massnahmen** im Bereich Tabak- und Alkoholprävention dargestellt und abrundend **priorisiert**.

Verstärkte **Forschung** im Bereich der Tabak- und Alkoholprävention bei MigrantInnen wurde (aufgrund der Fragestellung) in den vorliegenden Umfrage nicht explizit thematisiert und entsprechend nur am Rand im Gruppengespräch unter Fachpersonen mit Migrationshintergrund erwähnt, stellt jedoch u.E. generell eine **Vorbedingung** dar für die Arbeit in diesem Bereich und muss im Rahmen breit abgestützter und interdisziplinärer Forschung erfolgen (vgl. dazu auch Schweizerisches Rotes Kreuz, 2008).

Informationsvermittlung

Migrantinnen und Migranten sind über die schädlichen Folgen von Tabak und Alkohol grundsätzlich informiert. Sie müssen zukünftig aber **noch mehr** und **inhaltlich und methodisch adäquater informiert** werden und der **Umgang** mit dem Wissen muss bewusster an die Betroffenen herangetragen werden:

- Informationen zu Alkohol und Tabak können **schriftlich** und **mündlich** erfolgen, sie sollen auch in den häufigsten **Migrations Sprachen** vorliegen, verständlich und klar formuliert und **migrationspezifisch** angepasst sein, d.h. den Bedingungen und Bedürfnissen der MigrantInnen entsprechen. In unserem Zusammenhang heisst dies z.B., die Informationen nicht isoliert weiterzugeben und sie zudem in einem bekannten Setting / Rahmen zu vermitteln (s nächster Punkt.).

- Die **mündliche** Informationsvermittlung soll **formal** und **inhaltlich eingebettet** stattfinden: (aufgrund der Gefahr der Tabuisierung, v.a. in der Thematik Alkohol) im Rahmen anderer Gesundheitsinformationen und in Settings, die den MigrantInnen vertraut sind, wie z.B. Vereine, Klubs oder auch in Sprach- oder Integrationskursen.
- **Schriftliche** Informationen sind adäquat und gezielt in Form von Broschüren oder Faltblättern und anderen Medien zu vermitteln (vgl. bereits vorhandenes Material in Migrationssprachen)³⁶.
- Die Informationen vermittelnden **Personen** sollen bekannt und **vertraut** sein, hier empfiehlt es sich, evtl. mit Vorbildern aus den Communities zu arbeiten. Persönliche und direkte individuelle Informationen über bekannte Fachpersonen (z.B. HausärztInnen) sind ebenfalls wichtig.
- Für öffentliche **Plakatkampagnen** und **Werbespots** im Rahmen der Tabak- und Alkoholprävention sind migrationspezifische Anpassungen zu prüfen.³⁷
- Informationen müssen / können über das **Fernsehen** (niederschwellig) in den Sprachen der MigrantInnen vermittelt werden. Dies könnte über das Schweizer Fernsehen oder aber in erster Linie über Sender aus den Herkunftsländern von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz geschehen. Hier ist eine transnationale Zusammenarbeit der Medien und Gesundheitsverantwortlichen zu prüfen.
- Bei MigrantInnen vermehrt die **Priorität** auf die **eigene Gesundheit** lenken, unter Miteinbezug von Bedürfnissen und Möglichkeiten (z.B. finanziell).

³⁶ Für bereits existierendes Material vgl. www.migesplus.ch und ebenfalls für **Checklists** zur Erstellung, Übersetzung und Verteilung von migrationspezifischen Broschüren (www.migesplus.ch/auftrag_2-de.php)

³⁷ Vgl. z.B. STOP-AIDS-Kampagne aus dem Jahr 2003 (http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/00839/02475/index.html?lang=de#sprungmarke0_32). Die **migrationspezifische Anpassung** der Kampagne wurde unter Miteinbezug von VertreterInnen der betreffenden Migrationsbevölkerung vorgenommen (Sprachbilder wurden gemeinsam gesucht und ausgewählt) sowie unter Berücksichtigung von statistischen Daten (Verteilung von Sprachgruppen nach Wohnorten) ausgehängt.

Zugang zu Interventionen

Bei Migrantinnen und Migranten mit einer Suchtproblematik finden Interventionen tendenziell **spät** statt. Unterschiedliche Ursachen dieser Tatsache müssen angegangen werden:

- Bereits **vorhandene** spezifische Angebote für MigrantInnen **sichtbar(er)** machen (Sprache, Kanäle etc.). Zu überlegen wären hier auch Inserate z.B. in Medien der Migrationsbevölkerung, in Gratiszeitungen oder öffentlichen Verkehrsmitteln, die leicht verständlich auf Deutsch oder in verschiedenen Migrations Sprachen verfasst sind.
- Überprüfen, ob die bestehenden und neuen Angebote auch MigrantInnen **ansprechen**: wird das Angebot **verstanden** (Sprache) und ist es auch auf die **Zielgruppe** der Migrantinnen und Migranten angepasst? Gibt es gender- und altersklassenspezifische Angebote?
- Die **Struktur** der Angebote muss für MigrantInnen geeignet sein. Bezugspersonen können als **Vertrauenspersonen** eingesetzt werden. Das *Case Management*-Modell könnte sich als richtiger Ansatz erweisen. Angebote müssen auf jeden Fall und in jeder Hinsicht (z.B. Erreichbarkeit bzw. Kosten) **niederschwellig** sein.³⁸
- **Aufsuchende Strategien** im Setting (Zentren, Migrationsorganisationen, Treffpunkte etc.) anwenden: Lokale Settings mit ihren Gesetzmäßigkeiten, ihren Strukturen und Subkulturen müssen dafür näher untersucht werden. Es bedarf als Erstes einer differenzierten Untersuchung und **Definition** dieses Ansatzes. Eine **nähere Untersuchung des sozialen Einflusses** (z.B. peer groups, Familie) innerhalb der unterschiedlichen Migrationsgruppen (Subkultur) wäre hier aufschlussreich.

³⁸ Die Fachstelle für Interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP) arbeitet im Bereich der Alkoholprävention im Rahmen von Motivations- und Erstgesprächen mit Alkoholabhängigen und Co-Abhängigen mittels der Unterstützung von interkulturellen MediatorInnen, die die Klienten neben der Beratung auch an die offiziellen Stellen heranzuführen und begleiten. Diese Personen fungieren als **Vertrauenspersonen** und „Türöffner“ der Regelversorgung. Für die Zukunft, so meint Joseph Oggier (Projektleiter FISP), muss dieses Projekt und damit auch die interkulturellen MediatorInnen aber unbedingt innerhalb der Regelstrukturen integriert werden, damit die **interkulturelle Öffnung** dieser Institutionen möglich wird und nicht Parallelstrukturen für die interkulturelle Suchtberatung zuständig sind (vgl. <http://www.fisp-zh.ch/>).

- Inhaltlich kann man sich im Rahmen präventiver Massnahmen als Ausgangspunkt zu Nutzen machen, dass viele Personen im Zusammenhang mit dem Tabakkonsum **Erfahrungen** mit Krankheit oder Tod im näheren sozialen Umfeld gemacht haben oder die psychosozialen Konsequenzen des Alkoholmissbrauches kennen. Diese Personen sind bereits sensibilisiert und ihre subjektiven Erfahrungen können in der Präventionsarbeit als **Ressource** genutzt werden.
- **Hausärztinnen** und **Hausärzte** müssen für eine **Früherkennung** einer Suchtproblematik bei MigrantInnen sensibilisiert werden (z.B. durch systematisches Screening und migrationssensitive Instrumente) und PatientInnen auf die Gefahren und Folgen des Rauchens und Trinkens aufmerksam machen. (Für MigrantInnen kann das Rauchen aufgrund migrationsspezifischer Erfahrungen, wie bspw. bestimmte Entbehrungen oder soziale Isolation, die Rolle einer **Kompensations-** und **Entlastungsstrategie** einnehmen.) Oft sind die HausärztInnen der einzige professionelle Kontakt der Migrantinnen und Migranten mit dem Schweizer Gesundheits- und Sozialsystem. Denkbar ist hier die Sensibilisierung der Fachpersonen in Form von **Weiterbildungen** für HausärztInnen und/oder **Publikationen** zum Thema Erreichbarkeit von Angeboten der Prävention in den Bereichen Alkohol und Tabak für MigrantInnen (z.B. in der Schweizerischen Ärztezeitung).

Massnahmen im Rahmen der Tabakprävention

Für Massnahmen in der Tabakprävention werden aus der Umfrage folgende konkreten Empfehlungen für die Praxis abgeleitet:

- Der angedeutete **Normenwandel** in Bezug auf das steigende Bewusstsein der Gefahren des Passivrauchens (insbesondere in Bezug auf Kinder) kann als Ressource genutzt werden.
- Spezifische Wissensvermittlung zum **Abhängigkeitssyndrom** sowie eine fachgerechte Unterstützung bei der Dosierung und Handhabung von **Substitutionsmitteln**, welche einen erfolgreichen Ausstieg aus der Sucht unterstützen, sind notwendig.

- Gezielte Informationsvermittlung an **Eltern** (z.B. im Rahmen von Geburtsvorbereitungs- und Säuglingspflegekursen), dass das Risiko, mit dem Rauchen anzufangen für Kinder von RaucherInnen erheblich höher ist (im Gegensatz zu nichtrauchenden Eltern). Das teilweise vorhandene Bewusstsein für die **Gesundheit des Fötus** könnte bei präventiven Interventionen als wichtige Ressource genutzt werden.
- Vorhandene **Motivation**, das Rauchen aufzugeben, muss aktiv unterstützt werden. Es muss individuell nach unterstützenden Faktoren im Umfeld, in der Familie und zur Selbstmotivation gesucht werden. Die Angst vor Verlust von **Selbstbestimmung** in diesem Zusammenhang ist zu beachten. **Ambivalenzen**, die mit dem Rauchen meist verbunden sind, müssen thematisiert und entsprechend im Sinne der motivierenden Gesprächsführung genutzt werden.
- Das Image des/der **bewundernswerten Ex-RaucherIn** sollte in präventiven Informationskampagnen positiv hervorgehoben werden, um die persönlichen Ressourcen von aufhörwilligen RaucherInnen zu stärken und Abstinente in ihrem Verhalten zu bestätigen. Es ist hinsichtlich einer besseren Erreichbarkeit von MigrantInnen differenziert abzuklären, welche Personen solche Vorbilder darstellen.
- Ebenfalls soll in der Prävention auch das **soziale Umfeld** (z.B. die Familie, FreundInnen) **einbezogen** werden: zunächst muss seine Rolle (in Bezug auf die betroffene Person und ihre Abhängigkeit) beleuchtet werden und anschliessend Bezugspersonen gegebenenfalls darin gestärkt und unterstützt werden, auf die störenden Effekte der Abhängigkeit aufmerksam zu machen und Betroffene beim Aufhören zu begleiten.
- **Rauchverbote** am Arbeitsplatz, an Orten des sozialen Austausches (z.B. Restaurants, Bars, Diskotheken und Klubs) erfahren – gemäss der Umfrage bei MigrantInnen – weitgehend grosse Akzeptanz.
- Der **Ramadan** kann als Gelegenheit genutzt werden, Rauchstopp-Angebote unter Muslimen beliebt zu machen (während des Ramadan ist praktizierenden Muslimen das Rauchen untersagt).

Massnahmen im Rahmen der Alkoholprävention

Für Massnahmen in der Alkoholprävention werden aus der Umfrage folgende konkreten Empfehlungen für die Praxis abgeleitet:

- Die Bestrebungen den übermässigen Alkoholkonsum generell zu **enttabuisieren** und auf die **Gefahren** des Trinkens aufmerksam zu machen, sind zu unterstützen und eine migrationspezifische Anpassung (bzw. Weiterführung) solcher Bemühungen zu überprüfen. Gleichzeitig ist die **Haltung gegenüber Nichttrinkenden** (AnalkoholikerInnen) positiv zu konnotieren. Auf der Grundlage der nachgewiesenen Wirkung der SFA-Kampagne („Alkoholprobleme gehen uns alle an – reden wir darüber!“) wäre konkret zu untersuchen, ob – nebst z.B. sprachlicher Anpassung der Plakate und einer allfälligen Anpassung der Bildauswahl – das Thema der Enttabuisierung von Alkoholkonsum in gleicher Weise dargestellt werden kann, wenn MigrantInnen als Zielgruppe anvisiert werden.
- **Differenzierter Informationsbedarf** ist vorhanden im Bereich dauerhafter **gesundheitlicher Folgen** durch übermässigen Alkoholkonsum.
- „**Alkohol trinken** gehört zum **Mannsein**“ als Bild muss revidiert werden: gendersensible Ansätze, die auf eine Verhaltensänderung abzielen, sind weiterzuführen und auf eine migrationspezifische Anpassung hin zu überprüfen.
- **Unterstützung** und **Empfehlungen** an Personen aus dem **sozialen Umfeld** von Personen mit Alkoholproblemen verstärken: Vermeidung von Handlungen, die den Alkoholkonsum des Betroffenen unterstützen (z.B. Alkoholika nach Hause bringen, Betroffene in Schutz nehmen), klare Abgrenzung vollziehen (z.B. Verlangen, dass nicht in der eigenen Anwesenheit getrunken wird), Hilfe in Anspruch nehmen (Fachpersonen und Selbsthilfegruppen, die auf Community-Ebene initialisiert werden)
- Ressource **Partnerschaft** / Familie überprüfen: Stellen diese Beziehungen eine Ressource dar oder sind sie im Gegenteil Quelle der Abhängigkeit? Eigene **Kinder** und **Freundschaften** werden als Ressource bezeichnet: diesen Beziehungen sollten Entfaltungsmöglichkeiten geboten werden (z.B. in Form von Angeboten und Treffpunkten für Frauen und Kinder, etc.)

- Die **Familie** ist als wichtiger Akteur in Bezug auf Interventionen einzubeziehen. Sie birgt eine gewisse Ambivalenz gegenüber dem Thema Alkohol: einerseits ist Alkoholtrinken oft familiär geprägt, andererseits werden in ihr Probleme mit Alkohol gleichzeitig tabuisiert und versteckt.
- **Soziale Isolation** ist unter den Migrantinnen und Migranten tendenziell verbreiteter als in der Schweizer Bevölkerung³⁹. Dies zeigt sich auch in der vorliegenden Umfrage im Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch von Alkohol. (Eine Trennung von nahe stehenden Menschen, bzw. die Sorge um diese und eine fehlende soziale Einbettung in der Schweiz werden als mögliche Ursachen für Isolation erwähnt). In erster Linie müssen **Hausärztinnen** und **Hausärzte** bei der **Früherkennung** einer Alkoholsucht bei MigrantInnen für diese Problematik sensibilisiert werden.
- Das Angebot von **weiterführender** regelmässiger professioneller **Begleitung** nach einem Alkoholentzug wirkt unterstützend für einen längerfristigen Erfolg. Solche Angebote müssen für MigrantInnen verbindlich, flexibel und niederschwellig sein.
- Bei einer Verstärkung der **Verhältnisprävention** im Bereich Alkohol ist eine breite Akzeptanz unter den MigrantInnen zu erwarten. MigrantInnen stellen eine starke Präsenz und Niederschwelligkeit im Zugang zum Alkohol in der Schweiz fest (im Gegensatz zum Zugang in ihren Herkunftsländern).
- Die **gesetzlichen Massnahmen für Fahren in angetrunkenen Zustand** (FiaZ) im Rahmen individueller (über einen längeren Zeitraum dauernder) Beratung mit dem Angebot von Unterstützung einer übersetzenden Person für fremdsprachige KlientInnen (z.B. des Blauen Kreuzes) sind zu unterstützen.

³⁹ Den neuesten Zahlen des Bundesamtes für Statistik entsprechend leiden AusländerInnen verglichen mit SchweizerInnen gemäss der Gesundheitsbefragung 2002 nach eigenen Angaben insgesamt öfter unter *Einsamkeitsgefühlen*, v. a. ausländische Frauen leiden überdurchschnittlich darunter (vgl. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/data/06/02.Document.102817.xls>). In der Analyse der GMM-Daten (Gabadinho et al. 2007) wird der Zusammenhang von Gesundheit und der Empfindung von Gefühlen der Heimatlosigkeit untersucht und gezeigt, dass solche Gefühle sich ungünstig auf die Gesundheit auswirken.

Priorisierung der Empfehlungen

Abschliessend wird hier eine Priorisierung der vorgeschlagenen Empfehlungen für die Praxis vorgenommen.

- Präventionsarbeit im Migrationsbereich führt **über diese hinaus** und bedingt eine verstärkte Zusammenarbeit mit den zuständigen Instanzen (Arbeitsmarktintegration, soziale Integration) und politischen/zivilgesellschaftlichen Organen, da Abhängigkeitsproblematiken eng mit **Ausschluss/Einschluss-Mechanismen** verknüpft sind.
- Für Präventionsprojekte ist in erster Linie zentral, dass die **Sicht** und damit die **Erfahrung** von Migrantinnen und Migranten vermehrt Eingang in Präventionsprojekte findet.
- Um die Perspektive, die Bedürfnisse Seitens der MigrantInnen mit einbeziehen zu können, bedarf es generell vermehrt **Forschung** zu Fragen der transkulturellen Prävention, da bisherige Studien kaum evidenzbasierte Aussagen erlauben.
- Zukünftige Forschung in diesem Bereich darf nicht mehr im Rahmen einzelner nicht aufeinander abgestimmter Studien erfolgen sondern soll **breit abgestützt** sein und **interdisziplinär** durchgeführt werden, um evidenzbasierte praxisrelevante Aussagen zu erlangen.
- So erhobene Daten erlauben differenzierte Aussagen zum **Zugang** von MigrantInnen zu Präventionsprojekten und entsprechend abgestützte **Empfehlungen** für die Praxis
- Im Bereich der Primärprävention – so z.B. im Rahmen von **Kampagnen** und deren Evaluationen – ist wichtig, die Migrationsbevölkerung ebenfalls als Zielgruppe zu betrachten und gezielt mit ein zu beziehen.
- **Verhältnisprävention** im Sinne regulativer Massnahmen würde, darauf deutet die vorliegende Umfrage hin, auf vorhandene Akzeptanz stossen.

- Die Ergebnisse der **vorliegenden** explorativen Studie zeigen, dass für die Praxis nicht primär entscheidend ist, die Wissenslücken zu den Folgen eines Missbrauchs von Alkohol und Tabak zu schliessen sondern vielmehr die **Nutzung** von Angeboten zu fördern und dafür Zugangsbarrieren unterschiedlicher Art abzubauen. Die Ergebnisse der Umfrage lassen hier vermuten, dass mit **neuen Ansätzen** mehr erreicht werden könnte als mit den bisherigen. Eine deutliche Verstärkung der **aufsuchenden Strategien** in der Arbeit mit MigrantInnen wäre hier angezeigt. Was unter **transkultureller aufsuchender Arbeit** in diesem Zusammenhang verstanden werden könnte, sollte sowohl inhaltlich wie methodisch klarer **definiert** und anhand weiterer **Untersuchung** der vorhandenen Praxis in diesem Bereich differenziert werden.

6 Literatur

- Adelkofer F. (2000). Tabakkonsum und seine gesundheitlichen Auswirkungen. In: Uchtenhagen A & Zieglgänsberger W. Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Urban & Fischer: München, Jena: 39-51.
- Amos A, Wiltshire S, Haw S, McNeill A. (2006). Ambivalence and uncertainty: experiences of and attitudes towards addiction and smoking cessation in the mid-to-late teens. *Health Education Research*, 21, 181-191.
- Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K. et al. (2005). *Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik.* Hogrefe: Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.
- Bandura A. (1992). Exercise of personal agency through self-efficacy mechanisms. In: Schwarzer R. (ed.): *Self Efficacy.* Hemisphere Publ.: Washington, Philadelphia, London, 3.
- Bauer T. (2007). Umfrage bei Fachleuten der transkulturellen Prävention. Schlussbericht. Caritas-Fachstelle Gesundheit und Integration. Schweiz (unveröffentlichte provisorische Fassung).
- Biedermann A. (2006). Förderung der transkulturellen Tabakprävention. Gesuch um Präventionsprojektfinanzierung durch den Tabakpräventionsfonds des Bundesamtes für Gesundheit (unveröffentlicht).
- Bodenmann P. et al. (2005). Perception of the damaging effects of smoking, and brief cessation counselling by doctors. A comparison between native Swiss and immigrants. *Swiss Medical Weekly*, 135: 256-262.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2007a). spectra, Newsletter Gesundheitsförderung und Prävention, Juni-Juli 2007, 63: 2f.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2007b). Nationales Programm Alkohol 2008 – 2012. Bern.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2002). Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel.
- Chinet LE, Broers B, Humair J, Narring O. (2006). Youth Smoking Cessation: An Update for Primary Care Physicians. *Substance Use and Misuse*, 41: 1251-61.
- Den Exter Blokland EAW, Engels RCME, Hale III WW, Meeus W, Willemsen MC. (2004). Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Preventive Medicine*, 38: 359-368.
- DiClemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA. (2000). The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco Control*, 9: 16-21.
- DiClemente C, Schlundt D, Gemmel L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addiction*, 13: 103-19.
- DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information). (1994). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.* Verlag Hans Huber: Bern; Göttingen; Toronto, Seattle.

- Currie C, Morgan A, Rasmussen VB, Roberts C, Samdal O, Settertobulte W, Smith R (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Im Auftrag der WHO. <http://www.hbsc.org/>
- Flick, U (2004), *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: rororo (2. Auflage).
- Gabadinho A, Wanner P, Dahinden J. (2007). La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM. Le rôle du profil socioéconomique, sociodémographique et migratoire sur l'état de santé, les comportements et le recours aux services de santé. Etude du SFM (Swiss forum for migration and population studies) 49. Neuchâtel.
- Graham JW, Marks G, Hansen WB. (1991). Social influence processes affecting adolescent substance use. *Journal of Applied Psychology*, 76: 291-298.
- Halpern MT. (1994). Effect of smoking characteristics on cognitive dissonance in current and former smokers. *Addictive Behavior*, 19: 209-217.
- Herzog TA & Blagg CO. (2007). Are Most Precontemplators Contemplating Smoking Cessation? Assessing the Validity of Stages of Change. *Health Psychology*, 26:2 22-231.
- Klima R. (1995). Dissonanz, kognitive. In: Fuchs-Heinritz W et al. (eds.). *Lexikon zur Soziologie*. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Klingemann H, Takala JP, Hunt G. (1992). *Cure, Care or Control. Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. State University of New York.
- Klingemann H & Gmel G (eds). (2001). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. Kluwer Academic Publishers: Dordrecht, Boston, London.
- Kraft P, Sutton SR, McCreath Reynolds H. (1999). The Transtheoretical Model of Behavior Change: Are the Stages Qualitatively Different? *Psychology and Health*, 14: 433-450.
- Kröger C, Piontek D. (2005). Wirksamkeit von Tabakpräventionsprogrammen und Ausstiegshilfen für jugendliche Raucher. In: Schneider R ed., *Informationsdienst zur Suchtprävention* (17). Stuttgart: Regierungspräsidium Abt. Schule und Bildung: 47-55.
- Kuo M, Wechsler H, Greenberg P, Lee MA. (2003). The Marketing of Alcohol to College Students. The Role of Low Prices and Special Promotions. *American Journal of Preventive Medicine*, 25: 204-211.
- Lachenmeier DW, Rehm J, Gmel G. (2007). Surrogated alcohol. What do we know? Where do we go? *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 31: 1613-1624.
- Landrine H, Richardson JL, Klonoff EA, Flay B. (1997). Cultural diversity in the predictors of adolescent cigarette smoking: The relative influence of peers. *Journal of Behavioral Medicine*, 17: 331-346.
- Lipkus IM, Green JD, Feaganes JR, Sedikides C. (2001). The Relationship Between Attitudinal Ambivalence and Desire to Quit Smoking Among College Smokers. *Journal of Applied Social Psychology*, 31: 113-133.
- Lundborg P. (2006). Having the wrong friends? Peer effects in adolescent substance use. *Journal of Health Economics*, 25: 214-233.

- Maffli E. (2001). Problem drinking and relatives. In: Klingemann H & Gmel G (eds). Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption. Kluwer Academic Publishers: Dordrecht, Boston, London.
- Manning WG, Blumberg L, Moulton LH. (1995). The demand for alcohol: The differential respond to price. *Journal of Health Economics*, 14: 123-148.
- McDonald P, Colwell B, Backinger C, Husten C, Maile C. (2003). Better Practices for Youth Tobacco Cessation: Evidence of Review Panel. *American Journal of Health Behavior*, 27: 144-58.
- Miller WR & Rollnick S. (2002). *Motivational Interviewing: Prepare People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Müller R. (2007), Befragung zur transkulturellen Suchtprävention bei Experten und Expertinnen der Alkohol- und Suchtprävention (unveröffentlicht).
- Nichter M. (1998). Smoking: What does culture have to do with it? *Addiction*, (Suppl 1): 139-145.
- Nierkens V, Stronks K, van Oel C J, de Vries H. (2005). Beliefs of Turkish and Moroccan immigrants in The Netherlands about smoking cessation: implications for prevention. *Health Education Research*, 6: 622-634.
- Ockene J, Ockene I & Kristeller (1988). *The coronary artery smoking intervention study*. Worcester, MA: National Heart Lung Blood Institute.
- Prochaska J & DiClemente C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 390-95.
- Prochaska J & DiClemente C. (1992). Transtheoretical Therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-88.
- Radtke T, Krebs H, Keller R, Hornung R. (2007). *Passivrauchen in der Schweizer Bevölkerung 2006*. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Gesundheitspolitik, Fachstelle Tabakpräventionsfonds. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease - an overview. *Addiction*, 98: 1209-1228.
- Rommel A, Weilandt C, Eckert J. (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM)*. Endbericht. Bonn: WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands).
- Schmid H, Delgrande Jordan M, Kuntsche E, Kuendig H, Annaheim B (2007). *Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz* Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Forschungsbericht Nr. 42). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). (2006). *Alkoholprobleme gehen uns alle an – reden wir darüber!*
<http://www.sfa-isp.ch/index.php?IDtheme=64&IDarticle=1368&IDcat24visible=1&langue=D> .
 online am 13.12.2007.

- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). (2007). Alkoholprobleme gehen uns alle an. Vielbeachtete SFA-Kampagne startet erneut. <http://www.sfa-ispa.ch/index.php?IDtheme=64&IDarticle=1531&IDcat24visible=1&langue=D> . online am 13.12.2007.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK). (2008). Literaturstudie und Bestandesaufnahme zur interkulturellen Tabak- und Alkoholprävention. Studienergebnisse. Bern.
- Siegrist J. (1995). Medizinische Soziologie. Urban und Schwarzenberg: München; Wien; Baltimore.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. (2007). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). The Cochrane Library, Issue 4.
- Stanton WR. (1995). DSM-III-R tobacco dependence and quitting during late adolescence. *Addictive Behavior*, 20: 595-603.
- Stead M, MacAskill S, MacKintosh, Reece J, Eadie D. (2001). ‘‘It’s as if you’re locked in’’: qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health & Place*, 7: 333-343.
- Stevens W, Thorogood M, Kayikki S. (2002). Cost-effectiveness of a community anti-smoking campaign targeted at a high risk group in London. *Health promotion international*, 17: 43-50.
- Stöver H. (2004). Mann, Rausch, Sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. *Suchtmagazin*, 5: 3-7.
- Strauss, Anselm (1991), Grundlagen qualitativer Sozialforschung – Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink.
- Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. (2004). Different variables are associated with help-seeking patterns and long-term outcomes among problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 29: 433-439.
- Uchtenhagen A & Zieglgänsberger W. (2000). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Urban & Fischer: München, Jena.
- Wakefield M, Reid Y, Roberts L, Mullins R, Gillies P. (1998). Smoking and Smoking Cessation among Men whose Partners are Pregnant: A Qualitative Study. *Soc. Sci. Med.*, 47: 657-664.
- West R, McNeill A, Raw M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: An update. *Thorax*; 55: 987-999.
- West R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100: 1036-1039.
- WHO. (1998). Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1.
- WHO. (1986). Ottawa-Charta.

7 Anhänge

Anhang 1:

Konzept Teilprojekt SRK Umfrage bei ausgewählten ExponentInnen der Migrationsbevölkerung und Fachpersonen mit Migrationshintergrund

Anhang 2:

Zusammenfassung der Transkription Gruppengespräch unter Fachpersonen mit Migrationshintergrund

Anhang 3:

Leitfaden 1 Umfrage SRK

Anhang 4:

Leitfaden 2 fokussierte Interviews SRK

Teilprojekt SRK
Umfrage bei ausgewählten ExponentInnen der Migrationsbevölkerung
und Fachpersonen mit Migrationshintergrund
in den Bereichen Tabak und Alkohol
innerhalb des Gesamtprojekts PHS Transkulturelle Prävention

Konzept

1. Hintergrund

Die Umfrage erfolgt auf der Basis der Ergebnisse aus der **Literaturstudie**, welche in den Monaten **Dezember 2006 – Februar 2007** durchgeführt wird.

Das vorliegende **Konzept** bildet die Grundlage für die oben genannte Umfrage, deren Durchführung von März – Juli 2007 geplant ist.

2. Prämissen

Folgende Prämissen liegen dem Umfragekonzept und –vorgehen zugrunde:

- **Hauptfragestellung:**
Ausgehend von den Zielen der ersten Projektphase (Grundlagenbericht, siehe Projektgesuch vom 23.06.2006) fokussiert die Umfrage – wie die Literaturstudie – die Frage nach nachhaltiger, basisorientierter und effizienter transkulturell ausgerichteter Prävention. Im Vordergrund steht die Analyse von Erfolgsfaktoren für transkulturelle Präventionsprogramme und –projekte (golden rules und best practice). The state of art interessiert sekundär. Transkulturelle Präventionsansätze sind nicht herkunftsgebunden respektive ethnospesifisch auf einzelne Gruppen ausgerichtet, müssen aber Sprachgruppen spezifisch orientiert sein, um die Verständigung, das Verständnis und somit den Zugang zu den Angeboten sicher zu stellen.
- **Erkenntnisgewinn:**
Die Umfrage soll (gestützt auf die Erkenntnisse der Literaturstudie) einen deutlichen Erkenntnisgewinn in der oben definierten Hauptfrage leisten. Sie orientiert sich deshalb an bestehenden Erkenntnissen, wie z.B. Resultate aus dem GMM, soll aber darüber hinausgehen. Deshalb werden andere Vorgehensweisen, Kategorien und Auswahlkriterien angewendet. Die Resultate des GMM stellen facts and figures zum Thema Konsum und Prävention dar. Das Teilprojekt SRK eröffnet hingegen die Kontext- und Bedeutungsebene der statistischen Daten. Ein Erkenntnisgewinn auf diesen Ebenen ist zentral im Hinblick auf das Ziel das Präventionsverhalten zu verstehen und adäquate Angebote ausgestalten zu können.
- **Machbarkeit:**
Die Ressourcen sind im Verhältnis zum Projektkonzept knapp. Dies muss sich in der Vorgehensweise der Umfrage spiegeln. Eine Umfrage mit einem repräsentativen

Sample und statistisch valablen und reliablen Daten sprengt den gesetzten Rahmen. Eine Vertiefung der Resultate ist nicht möglich. Aus der Ressourcenknappheit ergibt sich auch der Fokus auf best practice (s.o.).

- **Theoretische Ansätze:**

Die Vorgehensweise der Umfrage orientiert sich an gängigen, dem Stand der Migrations-, Integrations-, Gesundheits- und Präventionsforschung adäquaten Ansätzen. Dazu gehören namentlich: Ressourcen orientiertes (anstatt Defizit orientiertes), Kontext bezogenes, transkulturell orientiertes (anstatt ethnospezifisches) Vorgehen.

3. Ziele der Umfrage

Die folgenden Ziele leiten die Umfrage bei den **Fachpersonen mit Migrationshintergrund**:

- Kenntnisse zum Tabak- und Alkoholkonsumverhalten der Migrationsbevölkerung
- Kenntnisse zum Präventionsverhalten
- Kenntnisse über Wissen um Präventionsangebote
- Kenntnisse über Zugang zu Präventionsangeboten
- Kenntnisse über Bedürfnisse an Präventions- und Informationsangeboten
- Diskussion und Rückmeldungen zum Entwurf des Interviewleitfadens für Migrantinnen und Migranten

Die folgenden Ziele leiten die Umfrage bei den **Migrantinnen und Migranten**:

- Erkenntnisse zum Tabak- und Alkoholkonsumverhalten der ausgewählten MigrantInnen
- Erkenntnisse zum Präventionsverhalten der ausgewählten MigrantInnen
- Erkenntnisse über das Wissen um Präventionsangebote
- Erkenntnisse zum Zugang zu allgemeinen Tabak- und Alkoholpräventions- und Informationsangeboten
- Erkenntnisse zu den Bedürfnissen bezüglich Tabak- und Alkoholpräventions- und Informationsangeboten

4. Sample

Die Umfrage berücksichtigt zwei verschiedene Zielgruppen:

- a) Befragung von **insgesamt 14 Fachpersonen mit Migrationshintergrund** und guten Kenntnissen in der deutschen oder französischen Sprache. Zu den Auswahlkriterien siehe unten.
- b) Befragung von **rund 20 Migrantinnen und Migranten** ohne oder mit schwachen Kenntnissen in einer schweizerischen Landessprache. Zu den Auswahlkriterien siehe unten.

Aufgrund der finanziellen und personellen Ressourcen konzentriert sich die Umfrage auf die Deutschschweiz und die Westschweiz. Fachpersonen aus dem Tessin werden einbezogen, sofern eine Teilnahme am deutsch- oder französischsprachigen Gruppengespräch möglich ist.

Auswahlkriterien für Fachpersonen mit Migrationshintergrund

- **Kenntnisse in Prävention:** Beruflicher und fachlich ausgewiesener Bezug zum Thema Gesundheitsförderung respektive Prävention (idealerweise aber nicht zwingend Alkohol-, Tabakprävention). Hier sind Absprachen mit Caritas und SFA nötig, um Überschneidungen in der Auswahl der Befragten zu vermeiden.
- **Kenntnisse des Migrationskontexts:** Neben eigenem Migrationshintergrund gute Vernetzung in MigrantInnenkreisen (niederschwelliger Zugang zur Zielgruppe der potenziellen Interviewpartner).
- Erfahrung in der **Zusammenarbeit mit Schweizer Fachinstitutionen**.
- **Sprache:** Beherrschen der Herkunftssprache sowie einer Landessprache der Schweiz.
- **Geschlecht:** Möglichst paritätische Vertretung von Frauen und Männern.
- **Aufenthaltsdauer:** Bereits mehrere Jahre in der Schweiz lebend.

Auswahlkriterien für Migrantinnen und Migranten:

(je ca. 10 Personen aus der Deutsch- und Westschweiz)

- **Konsum- und Präventionsverhalten:** Die MigrantInnen werden über die Fachpersonen rekrutiert. Sie haben daher entweder durch ihr Konsum- und/oder ihr Präventionsverhalten in irgendeiner Form einen Bezug zu den Fachstellen, MigrantInnenorganisationen, Beratungs-, Betreuungsangeboten, od.a., in denen die Fachpersonen tätig sind. Dieser Bezug kann sehr direkt (TeilnehmendeR eines Präventionsprogrammes), oder sehr informell sein (AdressatIn einer Informationsbroschüre). Ausser diesem institutionellen Bezug können die Interviewpartner persönlich mit den Fachpersonen bekannt sein und von ihnen aufgrund ihres Konsum- respektive Gesundheitsverhaltens ausgewählt werden.
- **Herkunft:** Sinnvoll sind Vertretungen aus dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawiens, der Türkei, Sri Lanka, Italien und Portugal (aufgrund der bisherigen Erkenntnisse, Prävalenzen, GMM, etc.). Die zahlenmässige Verteilung auf diese Herkunftsländer ergibt sich einerseits aus den Kontakten mit den Fachpersonen andererseits aus der Kombination mit den anderen hier aufgeführten Kriterien.
- **Sprache:** Personen, die keine oder kaum Verständigungsmöglichkeiten in einer der Landessprachen der Schweiz haben (Sprache als Integrationsfaktor). Bisherige Erkenntnisse (bspw. GMM) zeigen bezüglich **Sprachkompetenz**, dass die Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit der Verständigung in einer Landessprache (der lokalen im Wohngebiet) ein ausschlaggebender Faktor für die Kenntnisse der Folgen von Konsum und für die Kenntnisse bezüglich Prävention ist.⁴⁰ Personen, deren sprachlicher Zugang zum Präventionsangebot sowie deren Kompetenz in der Informationsbeschaffung gewährleistet sind, gehören daher nicht zur Zielgruppe der Umfrage.

⁴⁰ Eine PatientInnen-Umfrage an der Policlinique Médicale Universitaire Lausanne 2001 ergab (Antworten von 226 RaucherInnen): Nach den gesundheitlichen Folgen des Tabakrauchens befragt, erwähnten von den ImmigrantInnen 32% keine schädliche Wirkung, von den SchweizerInnen nur 10%. Das mangelnde Bewusstsein über die gesundheitsschädigende Wirkung korrelierte dabei stark mit folgenden Faktoren: **Beherrschung der lokalen Sprache**, Aufenthaltsdauer, Herkunft und Geschlecht (wer die lokale Sprache beherrscht, hat mehr Bewusstsein über die Folgen von Tabak, wahrscheinlich aufgrund eines leichteren Zugangs zu bestehenden Angeboten von Information/ Aufklärung/ etc. Zudem hatten Männer weniger Bewusstsein als Frauen.) In der Folge wurde Herkunft, Aufenthaltsdauer unter den Faktor „Beherrschung der lokalen Sprache“ subsummiert. Es gab keine Korrelation mit dem Bildungsniveau (!), Alter (!), Rauchgewohnheit oder Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Studie wurde publiziert unter:
Bodenmann, P. et al., *Perception of the damaging effects of smoking, and brief cessation counselling by doctors. A comparison between native Swiss and immigrants*. Swiss Medical Weekly, 2005; 135:256-262.

- **Alter:** Erwünscht ist, dass in der Gruppe der Interviewpartner alle Alterskategorien vertreten sind (Jugendliche, Personen mittleren Alters und Ältere im Pensionierungsalter).
- **Geschlecht:** Es wird eine möglichst paritätische Vertretung von Frauen und Männern angestrebt.
- **Aufenthaltsstatus:** MigrantInnen mit einem gesicherten Aufenthaltsstatus (und daraus folgend mit einer längeren Aufenthaltsdauer). MigrantInnen mit einem hängigen Asylverfahren bzw. einer anderweitig ungesicherten Aufenthaltsperspektive (zum Beispiel Asyl Suchende oder Sans Papiers) sind nicht Zielgruppe von migrationspezifischen Präventionsstrategien und können sich auf solche aufgrund ihrer ungewissen Zukunftsperspektiven kaum einlassen.

5. Methodik

Für die zwei Zielgruppen Fachpersonen mit Migrationshintergrund und Migrantinnen und Migranten werden die folgenden Umfragemethoden angewandt:

Gruppengespräche

Das Sample der Fachpersonen wird in zwei Gruppen unterteilt und in zwei Gruppengesprächen befragt. Die Methode der Gruppengespräche ist wie folgt definiert:

Theoretischer Hintergrund und Ziele:

- In Gruppengesprächen geht es um das Individuum in der öffentlichen Auseinandersetzung. Erfragt wird die Gruppenmeinung, die nicht die Summe von Einzelmeinungen darstellt, sondern das Produkt kollektiver Interaktion. Aufgrund der Interaktionsabhängigkeit und des Prozesscharakters von Meinungen geht es um das interpretative Aushandeln von Meinungen, und um die Emergenz von Bedeutungen.
- Es handelt es sich um ein offenes (nicht standardisiertes) Verfahren, in dem die individuellen Meinungen rekonstruiert und der situative und lokale Meinungsbildungs- und Aushandlungsprozess analysiert werden.

Vorgehen:

- Dem/der Gesprächsleiterin kommt eine zentrale Bedeutung zu. Er/Sie führt das Gespräch formal, thematisch und bezüglich seiner Dynamik.
- Der/Die Beobachterin erstellt während des Gruppengesprächs ein Protokoll zur Gesprächsdynamik, -verlauf und –atmosphäre. Dadurch werden neben den Gesprächsinhalten auch der Gruppen- und Aushandlungsprozess als Daten verwendbar. Zudem kann er/sie kontrollierend und ergänzend intervenieren.
- Grob verläuft das Gespräch in den folgenden Schritten: Explikation, Vorstellungsrunde der Anwesenden, Diskussion mit anfänglichem Diskussionsanreiz.
- Das Gespräch wird mit dem Einverständnis aller Teilnehmenden auf Tonband aufgezeichnet.
- Die Analyse der Gruppengespräche wird in Form von Zusammenfassungen der Inhalte der Diskussionen vollzogen (andere Auswertungsmöglichkeiten wie Inhaltsanalysen oder systematische Kodierungen kommen aufgrund der Ressourcenknappheit nicht in Frage). Bestandteil der Analyse ist zudem das Protokoll des/der Beobachterin.

Vorteile:

- Die Gruppe ist Träger einer über das Individuum hinaus gehenden Meinung. Diese Gruppenmeinung kann mit dem Vorgehen erfasst werden.

- Da die Gruppe aus Fachpersonen besteht mit gemeinsamen Bezugspunkten (siehe Auswahlkriterien) werden nicht nur Einzelmeinungen erfasst sondern die vom Kollektiv geteilten Bezüge (institutionell, fachlich-beruflich und migrationspezifisch) kommen zum Tragen.
- Die Offenheit für die subjektive Sicht des Interviewpartners wird gewährleistet durch eine non direktive Diskussionsleitung und ein permissives Diskussionsklima.
- Die Strukturierung des Gesprächsgegenstandes wird gewährleistet durch die sich in der Gruppe entwickelnde Dynamik und die Steuerung durch den Leitfaden.

Fokussierte Interviews

Das Sample der Migrantinnen und Migranten wird einzeln in fokussierten Interviews mit Übersetzung befragt. Die Methode der fokussierten Interviews ist wie folgt definiert:

Theoretischer Hintergrund und Ziele:

- Im fokussierten Interview geht es um die Analyse subjektiver Bedeutungen. Der Fokus wird auf einen vorbestimmten und eingegrenzten Gegenstand gerichtet (hier Konsum-, Präventions- und Gesundheitsverhalten in Bezug auf Tabak und Alkohol), zu dem die Reaktionen, Bedeutungen und Interpretationen erhoben werden. Vier Kriterien respektive Ziele bestimmen die Interviewgestaltung: Die Maximierung der Themenreichweite, die Erhöhung der Spezifität um nicht nur allgemein gehaltene Aussagen zu erhalten, und Tiefgründigkeit und personaler Bezugsrahmen um nicht einfache Wertungen sondern persönliche Gefühle im Zusammenhang mit der Stimulussituation zu erhalten.
- Fokussierte Interviews gehören in die Kategorie der Leitfadeninterviews, sind aber freier als halbstandardisierte Interviews.

Vorgehen:

- Teilnehmende sind der/die Befragterin, die Befragten und in diesem Fall zusätzlich geschulte Übersetzungspersonen. Wenn die ÜbersetzerInnen gleichzeitig die Befragterrolle übernehmen sind nur zwei Akteure am Interview beteiligt, der Aufwand erhöht sich aber insgesamt, da die Befragterinnen eingehend geschult werden müssen (in inhaltlicher wie methodischer Hinsicht) und zur Auswertung eine Rückübersetzung der auf Tonband registrierten Interviews nötig sind. Zudem entfällt die Kontrolle über den Gesprächsverlauf durch das Projektteam weitgehend. Werden die Interviews hingegen direkt vom Projektteam durchgeführt, können die Gespräche inhaltlich kontinuierlich gesteuert werden, der zusätzliche Schritt der nachträglichen Übersetzung entfällt, und die Befragterinnen- und Analysepersonen sind identisch.
- Das Gespräch wird – in dieser Reihenfolge – mit unstrukturierten, über halbstrukturierten bis zu strukturierten Fragen geführt.
- Analyse: Als besonders geeignetes Verfahren bietet sich das thematische Kodieren an.

Vorteile:

- Trotz Themenfokussierung wird dem Interviewten ein möglichst grosser Spielraum zur Einbringung seiner Sichtweisen eingeräumt.
- Die Offenheit für die subjektive Sicht des Interviewpartners wird durch möglichst hohe Nichtbeeinflussung gewährleistet. Zu diesem Zweck werden verschiedene Frageformen angewandt (s.o.). Der Leitfaden wird flexibel gehandhabt, die Gesprächsführung ist insgesamt non direktiv.

- Die Strukturierung des Gesprächsgegenstandes wird gewährleistet durch eine Stimulusvorgabe, durch strukturierte Fragen im späteren Verlauf des Interviews und durch die Fokussierung der Gefühle

6. Zeitplan

Teil I: März 2007 – April 2007

Umfrage bei Fachpersonen

Ausarbeitung des Leitfadens für die Gruppengespräche mit den Fachpersonen und eines Entwurfs des Leitfadens für die Interviews mit den Migrantinnen und Migranten

Rekrutierung von je sieben Fachpersonen mit Migrationshintergrund in der deutsch- und in der französischsprachigen Schweiz.

Gruppengespräche: Je ein Gruppengespräch mit den Fachpersonen in den beiden Landesteilen (Deutschschweiz/Romandie)
Organisation, Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Gruppengespräche.

Analyse: Die Ergebnisse der Gruppengespräche werden in den Leitfaden für die fokussierten Interviews integriert und dieser gegebenenfalls den Ergebnissen angepasst.

Rekrutierung der ÜbersetzerInnen: Die ÜbersetzerInnen können sich mit den Fachpersonen decken, es können jedoch auch Personen sein, die von den Fachpersonen empfohlen werden oder bewährte ÜbersetzerInnen, die für das SRK arbeiten (beispielsweise aus dem Ambulatorium für Folter- und Kriegs-opfer, etc.).

Teil II: April – Mai 2007

Umfrage bei Migrantinnen und Migranten

Definitive **Ausarbeitung des Leitfadens** für die fokussierten Interviews.

Rekrutierung der Migrantinnen und Migranten: Die muttersprachlich durchgeführten Interviews (mit der Übersetzung von professionellen ÜbersetzerInnen) richten sich an landessprachlich nicht oder nur schwer erreichbare Personen (s. Auswahlkriterien oben).

Fokussierte Interviews: Organisation, Durchführung und Auswertung der Interviews. (Die Durchführung und Auswertung der Interviews unterstehen den allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Mit den Befragten wird eine diesbezügliche schriftliche Vereinbarung (in ihrer Muttersprache) getroffen. Der SRK-interne Rechtsdienst garantiert für eine formaljuristisch korrekte Vereinbarung.)

Vor- und Nachbereitung der Gespräche mit den ÜbersetzerInnen.

Teil III: Juni – Juli 2007 (60%)

Schlussbericht

Schlussanalyse: Auswertung der Interviews und Integration der Ergebnisse der Umfrage bei Fachpersonen.

Schlussbericht: Verfassen des Schlussberichts zu Händen der Projektleitung.

Bern, 22.12.2006, cm/arb/hhu

Anhang 2:

Gruppengespräch SRK 30. April 2007, Bern, SRK

Zusammenfassung der Transkription

Begrüssung und Einleitung

Ablauf des Nachmittags:

Vorstellungsrunde

zur Person

zur Institution / Projekt

Diskussion in 4 Blöcken:

1) Einstellungen und Verhalten:

Brainstorming

Ausgangslage und Auslegeordnung der relevanten Aspekte: was für Problemlagen und Anliegen sind in der migrationspezifischen Arbeit zentral?

2) Kommunikation:

à Kanäle/Medien (wie muss Botschaft sein, damit sie ankommt und über welche Medien /Kanäle), à Settings (wohin muss Botschaft gehen, spezifische Setting-Ansätze und Erfahrungen), ß Zugang der Migrationsbevölkerung (Voraussetzungen, damit Botschaft aufgenommen /Angebot genutzt werden kann)

3) Good Practice:

wichtige Voraussetzungen, positive und negative Erfahrungen, Qualitätskriterien
Ergänzungen zur Auswahlliste relevanter Kriterien?

Erfahrungen bez. Umsetzung in der Praxis, Schwierigkeiten der Umsetzung

4) Bedürfnisse:

der Fachpersonen und der Migrationsbevölkerung

Handlungsbedarf

aktuelle Situation: Hindernisse, Defizite, ungünstige Rahmenbedingungen (oder unterstützende Aspekte)

Vorstellungsrunde

Name / Institution	Zur Person	Zur Institution
Enver Osmani AOZ, Psychosozialer Dienst	Sozialpädagoge, WB in Konflikt- und Krisenmanagement, Besucht Seminare zu: gewaltfreie Kommunikation	Nicht spezialisiert im Suchtbereich Angebote im Migrationsbereich: Konflikttelefon, Familiencoaching, Freiwilligenangebot, Kantonalen Auftrag für Asylsuchende (kostenlos)
Osman Besic SRK Mitglied Steuergruppe TKP-Projekt	Politologe, Sozialarbeit Aktuell Weiterbildung in MPH vorher: Arbeit im Suchtbereich: Musub, SFA	Bereich Gesundheitsförderung Verschiedene Projekte: v.a. Förderung Gesundheitskompetenz

Xhevat Hasani Pro Integra Schaffhausen	Arzt In der Schweiz Ausbildung in Paar- und Familientherapie Weiterbildung im Bereich Trauma	Kantonale Stelle (drei Mitarbeitende und weitere externe Mitarbeitende, besteht seit drei Jahren): sozialpädagogische, soziokulturelle, psychosoziale Beratung, Betreuung, Vermittlung, Vorträge in Muttersprache zu Prävention, Vorträge für Fachpersonen zu Gesundheit, -förderung
Joseph Oggier FISP Zürich	Soziologe Ko-Leiter FISP vorher: SAH Leiter Bereich Migration	Privater Verein mit Leistungsauftrag des Kantons Zürich; fixe Stellen 80%; Jahresbudget 170'000CHF. Kleinste von 16 Suchtpräventionsstellen im Kanton Zürich. Tätigkeitsfeld: Schnittmenge: Migration - Integration – Suchtprävention; Brückenfunktion, Zusammenarbeit mit interkulturellen MediatorInnen: zentral dabei ist das Aufnehmen von Bedürfnissen und Feedbacks seitens MediatorInnen. Integrativer Ansatz (keine Parallelstrukturen aufziehen, sondern Öffnung bestehender Institutionen), Wissen um Angebote vermitteln, Begleitung von KlientInnen
Ana Maria Witzig- Marinho Mitglied EKA	langjährige Arbeit im Beratungsbereich in Frauenfeld und u.a. in der BAFFAM	Vertritt Perspektive als Portugiesin und aus früherer Beratungsarbeit (nicht als MA der EKA)
Juliet Sellathurai BAFFAM* 50% und Dolmetscherin Comprendi *Beratungsstelle für Frauen und Familien mit Migrationshintergrund	Geografin/Soziologin, Unterricht an der Universität in der Schweiz: NDS in Familienmediation, Zertifizierung als interkulturelle Übersetzerin	Fünf BeraterInnen, 310%, Trägerorganisation vgb (Vereinigung für Beratung, Integrationshilfe und Gemeinwesenarbeit): Beratung in zehn Sprachen; Hauptthema Frauen und Familien: Alkoholsucht indirekt Thema über Probleme in der Familie; viele Kontakte zu DolmetscherInnen (z.B. zu Alkohol- Therapie Kliniken)
Umberto Castra Contact Netz	Sozialpädagoge Paar- und Familientherapeut bei Contact seit 2004 Leiter Contact Projekt Migration und Sucht 1994-2000 BAG Migration und Gesundheit	Contact ist zuständig für Bereich illegale Substanzen im Kanton Bern Leistungsauftrag des Kantons Bern in drei Bereichen Prävention, Therapie/Beratung und niederschwellige Arbeit, ca. 130 Mitarbeitende, Taskforce Migrationsbereich: versch. Regionen und Bereiche, die migrationsspezifische Arbeit fördern
Walter Grisenti Contatto	Sozialarbeiter und Gestalttherapeut Inhaber Firma Contatto seit 2002 Vorher: zehn Jahre beim Drop-In in Basel	z. Zt. sechs freiwillige Mitarbeitende: Projektassistenzen, Marktprüfungsanalysen, Mandate im Bereich Männerarbeit, Aufbau transkulturelle Männerberatungsstelle Fokus: Einbezug Migrationsbevölkerung und Gender, Vernetzung: Übersetzerinnen, Suchthilfe Region Basel, Gesundheitsdienst Stadt Basel, Sozialdienste Polizei, Opferhilfestelle, Frauenhaus
Gisella Bächli Blaues Kreuz Bern	Seit zwei Jahren beim BK Vorher: Suchtarbeit in Basel	125 jährig, auch international tätige Organisation. Ambulante Tätigkeiten in Prävention, Beratung, Nachsorge. Suchtberatung und Informationsstelle für Migranten

		in Thun seit März 2007: wichtig: Integration, nicht Extra-Stelle schaffen
Serpil Sahin SAH Derman Schaffhausen	interkulturelle Vermittlerin bei Derman Kursleiterin bei Coopera, berufliche Kontakte zu Menschen mit Sucht- und Gesundheitsproblemen	Derman bietet zahlreiche Integrationsprojekte an
Aynur Elibal Musub Basel	Psychologin, Paar- und Familientherapeutin Seit neun Jahren bei Musub	Musub = Teilprojekt des Blauen Kreuzes von Migranten für Migranten Fokus Beratung und Therapie (in zehn Sprachen), Prävention weniger stark, Referate über Sucht, Gesundheitsförderung, psychosomatische Beschwerden, u. a. Gesundheitsthemen
Emine Sariaslan Suchthilfe Region Olten	Sozialarbeiterin und -pädagogin, Weiterbildung in systemisch- und lösungsorientierter Beratung und Therapie, leitet in türkischem Verein in Bern (Wohnort) Projekte zu Gesundheit (z.B. Depression und Stress), Kurse zu Tanzgymnastik und Bewegung Vorher: Contact Mitarbeit. Aufbauarbeit des Projekts Migration und Sucht in Olten	Bereiche: Prävention, Wohnen, Arbeit und Beratung (Emine Sariaslan arbeitet bei Beratung, im niederschweligen Bereich), nieder- und hochschwellige Angebote, allgemeine Suchtprobleme (Spiel, Drogen, Alkohol, etc.)

Zusammenfassung der Diskussion in 4 Blöcken:

1) Einstellungen und Verhalten

Ausgangslage und Auslegeordnung der relevanten Aspekte:

was für Problemlagen und Anliegen sind in der migrationsspezifischen Arbeit zentral?

Die Heterogenität der Gruppe *MigrantInnen* muss berücksichtigt werden und macht Verallgemeinerungen unmöglich

- Die grossen Unterschiede zwischen den MigrantInnen müssen berücksichtigt werden
- Alle folgenden Argumente und Aspekte lassen sich nicht verallgemeinern für die Migrationsbevölkerung
- Es bestehen grosse Unterschiede zwischen 1. und 2. Generation, zwischen Frauen und Männern (Gender-Aspekt)
- ‚MigrantInnen‘ sind eine abstrakte Einheit, sehr breit definiert.
- Die Gefahr der Kulturalisierung ist durch die Fragestellung unausweichlich.
- Konsum ist ein soziales nicht ein kulturelles Problem.

Fragen der Einstellungen / Verhalten bezüglich Gesundheit sind historisch geprägt. Eine entsprechende Kultur der Eigenverantwortung muss sich langfristig entwickeln können.

- Präventionsthemen haben auch in der Schweiz erst jetzt so eine grosse Bedeutung
- Kultur sich für sich selbst zu interessieren, und eine eigene aktive Rolle zu übernehmen, muss zuerst entstehen.

- Informationsstand ist nicht einzig ausschlaggebend, sondern vorhandene oder fehlende Auseinandersetzung mit der Thematik. Ungesunde Folgen des Rauchens sind nicht unbekannt aber Umgang und Aktualität des Themas prägt die Menschen und Verhalten.
- Das Bewusstsein ist ein Prozess, es braucht Zeit und auch die Politik spielt eine Rolle.
- Bsp.: als Grund für Rauchstopp wurde in einer Gruppe erwähnt, dass andere in der Gruppe aufgehört haben zu rauchen. Es geht auch um kollektive Prozesse.

Bezüglich Einstellungen und Verhalten kann bei MigrantInnen eine gewisse Passivität festgestellt werden oder in anderen Worten: eine kurative Haltung gegenüber Gesundheit

- Gründe für passives Verhalten / Einstellungen können sein: wenig Bildung, Mangel an Integration, Wissens / Informationsmangel, ein schlecht funktionierendes Gesundheitssystem im Herkunftsland gewohnt sein, Migrationsgeschichte/- Hintergrund.
- Konzept der Salutogenese ist nicht verankert
- wenig Hilfe zur Selbsthilfe erkennbar
- MigrantInnen werden oft erst aktiv, wenn Folgen schon aufgetreten sind
- Passivität impliziert eine Selbstschuld. Bsp.: Wenn jemand Nacharbeit leistet in der Fabrik ist das ein strukturelles Hindernis, sich aktiv um die eigene Gesundheit zu kümmern.
- Im Migrationsbereich ist Gesundheit ein Zukunftsprojekt, es besteht nicht eine passive Haltung, aber eine kurative, die Verhalten erst im akuten Fall bewirkt.

Die strukturellen Bedingungen bestimmen weitgehend Einstellungen und Verhalten in Bezug auf Gesundheit und Prävention

- Muttersprachliche Beratung ist auch eine Kostenfrage: weniger Information über Beratungsangebote bedeutet weniger Zugang zu Prävention.
- Die aktuelle Debatte in der CH über Tabak und Konsum erreicht nicht alle Schichten im gleichen Mass aufgrund von strukturellen Hindernissen.
- Die strukturellen Lebensbedingungen vom MigrantInnen erzeugen einen kumulativen Effekt, der sich ungünstig auf das Gesundheitsverhalten auswirkt.
- Die Lebenssituation in der Migration führt zu Schwierigkeiten, die sich auch auf Einstellungen und Verhalten bez. Gesundheit / Prävention auswirken.
- Die Sprache ist wichtiges Hindernis im Zugang zu Präventionsangeboten. Bsp.: Die Diskussion über Prävention wird in Sri Lanka aktiver geführt als bei Tamilen in der Schweiz.
- Das Einkommen spielt eine wichtige Rolle. Bsp.: Kostenlose Kurse für Frauen (Schwimmen) haben dazu geführt, dass die Leute teilnehmen.
- Was sind die Rahmenbedingungen hier? Einstellung und Verhalten der MigrantInnen haben auch mit Einstellungen und Verhalten der Institutionen, die die Gesellschaft hier repräsentieren, zu tun.
- Die Bereitschaft der Institutionen, sich zu öffnen, ist das grössere Problem als die Bereitschaft der MigrantInnen, sich zu informieren.

Gesundheit resp. Primäre Prävention hat nicht die erste Priorität für MigrantInnen

- Gesundheit ist selten eine Priorität in der Lebensthematik von MigrantInnen. Dies ist aber auch bei einer Gruppe von SchweizerInnen so, da es mit den Lebensumständen zu tun hat.
- An 1. Stelle stehen die Fragen nach der Arbeitssituation, Wohnen, Ausbildung der Kindern, dann kommt die Frage, welche Ressourcen für gute Gesundheit investiert werden können.
- Diese Frage hängt ab von der Definition von Gesundheit: Soziale Gesundheit heisst auch, Arbeit zu haben. Gesundheit ist schon wichtig, kann aber von MigrantInnen oft nicht so bewusst gelebt werden. Wenn Krankheit da ist, ist man bereit, viel zu investieren.
- Gesundheit ist zwar für alle primordial, aber Vorstellungen weichen ab: Gesundheit durch Tabletten, nicht durch Prävention. Alkohol und Rauchen werden nicht als Problem angeschaut.
- Primäre Prävention ist nicht erste Priorität. Bei Tabak und Alkohol ist Primärprävention sehr wichtig; MigrantInnen denken erst daran, wenn die Folgen schon da sind.

Fragen der Gesundheit / Prävention verlangen aufgrund ihrer Einstellungen eine andere Herangehensweise bei MigrantInnen

- Soziale Probleme werden von MigrantInnen oftmals nicht gleich institutionalisiert wie in der CH. Probleme werden tendenziell in der Familie, mit Vertrauten gelöst, während die Problemlösung mittels Beratung weniger bekannt ist.
- Wenn der Zugang über MigrantInnenorganisationen selber gesucht wird (z.B. Vereine), sind sie eher bereit etwas aufzunehmen, sich zu öffnen.
- Problematisch ist in jedem Fall das Belehrende
- Migrationsarbeit hat stark mit Beziehungsarbeit zu tun. Man möchte mit wenigen Zeitressourcen viel erreichen.
- Ressourcen der MigrantInnen müssen unterstützt und gefördert werden.
- Wie kann Botschaft eingepackt werden, damit es auch für MigrantInnen interessant wird.

2) Kommunikation

- à Kanäle/Medien (wie muss Botschaft sein, damit sie ankommt und über welche Medien /Kanäle)
- à Settings (wohin muss Botschaft gehen, spezifische Setting-Ansätze und Erfahrungen)
- β Zugang der Migrationsbevölkerung (Voraussetzungen, damit Botschaft aufgenommen /Angebot genutzt werden kann)

Der Zugang über Schlüsselpersonen / Interkulturelle Vermittler ist in verschiedener Hinsicht problematisch

- interkulturelle VermittlerInnen werden vielfach auf ihre Funktion im Zusammenhang mit der Sprache reduziert. Ihre Arbeit geht aber darüber hinaus. Es geht darum, Kenntnisse über eine bestimmte Gruppe / Herkunftsland zu haben und diese auch vermitteln zu können.
- Die Arbeit mit Schlüsselpersonen ist oftmals Ressourcenausbeutung. Die Mehrheit der interkulturellen VermittlerInnen ist nicht in eine Institution verankert, sie tragen die ganze Verantwortung, müssen Mut und Advocacy zeigen, während die Institution selber nicht mit dieser Arbeit verbunden ist.
- Die angemessene Entlohnung von Schlüsselpersonen ist oftmals nicht gewährleistet.
- Freiwilligenarbeit muss in diesem Bereich abgelehnt werden.
- Schlüsselpersonen müssen fachlich aus-/ weitergebildet werden und dann in die Institution integriert werden, d.h. dort eine fixe Anstellung erhalten.
- Schlüsselpersonen sind oftmals schlecht qualifiziert und zu wenig fachlich gebildet. Die Qualitätssicherung muss in diesem Bereich gewährleistet werden.

Nachhaltige transkulturelle Arbeit bedarf der Öffnung der Institutionen (s. u. Thema 4)

- der transkulturelle Ansatz muss beinhalten, dass sich die gesamte Institution dem Thema öffnet, von der Leitung bis zum Sekretariat, und nicht einfach die Arbeit an einige Schlüsselpersonen delegiert. Nur so kann richtige Präventionsarbeit geleistet werden.

Sprache als Hauptkriterium in der Präventionsarbeit wird überbewertet

- Sprache ist nicht das einzige Hindernis. Für TherapeutInnen im Suchtbereich ist die Arbeit mit MigrantInnen einfach nicht lukrativ. Die Thematiken sind komplex und viele KlientInnen weniger gebildet. Das Hindernis besteht daher v. a. in der mangelnden Bereitschaft und Sensibilisierung.
- MigrantInnen fühlen sich oft missverstanden. Dies aber nicht, weil sie die Sprache nicht verstehen, sondern weil sie spüren, dass zu wenig Empathie da ist und weil es oftmals disziplinarische Dialoge sind. Je professioneller wir gegenüber einfachen Menschen auftreten, umso geringer ist Chance, etwas zu bewegen.
- Die meisten Migrations Sprachen sind in der Schweiz keine Ressourcensprachen. Eine überhöhte Bewertung der Sprache bedeutet deshalb eine Abwertung der Menschen.

Sprache ist wichtig im Zusammenhang mit Vertrauensbildung

- In der Muttersprache werden die Botschaften einfacher wahrgenommen, emotional und kognitiv
- Botschaften in der Muttersprache symbolisieren die Wahrnehmung einer Gruppe in der Öffentlichkeit, die sich sonst segregiert und ausgeschlossen fühlt.
- Die Sprache ist wichtig als Vermittlerin von Botschaften, es hat etwas zu tun mit Vertrauensbildung zwischen Staat/System und MigrantInnen-Gruppen; es ist eine gewisse Lobbyarbeit.

Vereine spielen eine wichtige Rolle bei der Frage, wie MigrantInnen erreicht werden können

- Schlüsselpersonen können hier wichtig sein als VermittlerInnen. In diesem Kontext ist die Muttersprache dann wieder relevant.
- Vereine und ähnliches sind deswegen wichtig, weil das Wir-Gefühl in der Prävention angesprochen werden muss. Das Kollektiv muss sich angesprochen fühlen.

In der Präventionsarbeit mit MigrantInnen kann man nicht von einer Holschuld ausgehen

- Man muss nicht erwarten, dass die Leute in die Beratungsstellen kommen, sondern muss den umgekehrten Weg versuchen und ihnen zuhause Informationen geben.

Präventionsbotschaften müssen unkompliziert formuliert und in der Alltagssprache verfasst sein

- Mit der Wortwahl kann man einiges ruinieren oder eben Vertrauen bilden.

Die Hausärzte sind eine wichtige Anlaufstelle im Präventionsbereich

- Die Frage, wie die Hausärzte mobilisiert werden können, ist zentral

Community spezifische Medien müssen berücksichtigt werden

- für türkische MigrantInnen (v. a. erste Generation) spielen türkische Zeitungen eine wichtige Rolle – sie werden viel gelesen.
- Bei Tamilen spielt das tamilische Radio eine wichtige Rolle.
- TV-Sender aus dem Herkunftsland sind oft wichtig.

Systeme mit hoher MigrantInnenvertretung müssen in der migrationsspezifischen Präventionsarbeit berücksichtigt werden

- Z.B. Gewerkschaften und Sportvereine sind wichtige Partner, die für die Präventionsarbeit einen zentralen Beitrag leisten können

Migration und transkulturelle Ansätze müssen Platz haben in den bestehenden Systemen

- Grundsätzlich sollen keine zusätzlichen Kanäle und Medien geschaffen werden, sondern Migration als Thema muss Platz haben in der normalen Arbeit, in jeder Botschaft und in jeder Form.
- Alle schon bestehenden Beratungsstellen, die verschiedene Themen abdecken, müssen sich öffnen für das Thema transkulturelle Prävention.

3) Good Practice

Wichtige Voraussetzungen, Qualitätskriterien

positive und negative Erfahrungen

Ergänzungen zur Auswahlliste relevanter Kriterien?

Erfahrungen bez. Umsetzung in der Praxis, Schwierigkeiten der Umsetzung

Niederschwelliger Ansatz

- positive Erfahrungen mit der Trennung in hochschwelligem und niederschwelligem Bereich
- je nach Setting hat Niederschwelligkeit eine andere Bedeutung – muss aber in jedem Bereich berücksichtigt werden.

Transkulturelle Öffnung der Institutionen

- die transkulturelle Öffnung der Institutionen bildet den roten Faden, der sich durch alle good practice Kriterien hindurch zieht.
- Nicht Einzelpersonen, sondern Gesamtinstitution muss transkulturellen Wandel erleben
- Es ist eher möglich in kleinen Systemen gewisse Bedürfnisse der MigrantInnen zu berücksichtigen. Die grosse Herausforderung besteht darin, das als globale Strategie für eine Institution durchzusetzen.
- Es geht darum, die Vorteile aufzuzeigen, die die Stelle hat wenn Öffnung erfolgt für alle Bevölkerungsgruppen.

Für good practice kann der Sozialbereich von anderen Bereichen lernen

- v. a. in der Wirtschaft aber auch bei Banken funktioniert der transkulturelle Ansatz z. T. sehr gut, und das seit Jahren
- Im Sozialbereich fehlen gesellschaftliche Anreize um mit MigrantInnen zu arbeiten

Vernetzung

- Vernetzt arbeiten ist wichtig für good practice
- Vernetzung darf nicht auf den Sozialbereich beschränkt bleiben
- Vernetzung muss auf verschiedenen Ebenen eine Zusammenarbeit bedeuten: z.B. Weiterbildung für Suchtpräventionsstellen, Fachleute vermitteln, Qualifikationen der interkulturellen VermittlerInnen wie auch der Fachstellen sicher stellen
- Ressourcen für Vernetzung müssen zur Verfügung stehen
- Vernetzung muss schon auf Konzeptebene berücksichtigt werden

Bei der Umsetzung in die Praxis erweisen sich good practice Kriterien oftmals als leere Hülle

- Eine grosse Herausforderung besteht auch darin, Routine zu durchbrechen und neue Aspekte einzubringen

Interkulturelle Kompetenzen beweisen ist ein wichtiger good practice Ansatz

- „Interkulturalität“ im Sinne von echtem Interesse gegenüber MigrantInnen-Gruppen zeigen ist wichtig
- Transkulturelle Kompetenz muss Entwicklungsaufgabe für Heranwachsende sein
- Umgang mit „Anderen“ allgemein ist wichtig: das kann Sprache, Leben, Hautfarbe etc... sein. Auch Umgang mit Behinderten ist ein Umgang mit anderem
- Man muss auch das Gemeinsame erkennen, sonst werden die Unterschiede zu stark betont. Man spricht zu viel von den Problemen, man muss das verbindende suchen

Verhältnisprävention

- Es wird nur von Verhaltensänderungen gesprochen, aber auch das Thema Verhältnisse muss thematisiert werden
- Es geht um politische Anreize.

Institutionalisierung im Sinne der Integration von MigrantInnen in Institutionen ist nötig

- wenn die übersetzende und die betroffene Person die einzigen MigrantInnen sind, bestehen Probleme in der Umsetzung, da die Botschaft von oben kommt und befolgt werden soll
- Fachpersonen mit Migrationshintergrund müssen vermehrt anstellt werden. Auf der Vorbildesebene hat dies eine starke Signalwirkung.

Ansatz der Kundenorientierung

- Auch bei MigrantInnen geht es – wie bei Gender – um Kundenorientierung
- bei der Frage der Definition der Zielgruppe wird klar, dass es sich immer um Konzepte handelt, die sich verändern. Z.B. MigrantInnenbegriff muss immer mit Indikatoren verknüpft werden.

Organisationsentwicklung

- bei der Umsetzung muss man nicht den Kreis neu erfinden. Man weiss von Genderentwicklung in Organisation, dass man mindestens 10 Jahre dran bleiben muss, wenn gewisse Aspekte gefördert werden sollen. Das hat mit Organisationsentwicklung zu tun

Community Approach

- in der transkulturellen Arbeit kann der Community-Approach nicht ignoriert werden. Es ist mühsam und schwierig, aber nicht ignorierbar.
- Community-Approach korrekt interpretiert hat immer noch wichtigen Platz in der Präventionsarbeit
- In gewissen communities besteht aber kaum eine Organisationsbasis oder Vernetzung; dort kann der Ansatz nicht tel quel übernommen werden.
- Der Ansatz wird oft bagatellisiert, ist aber sehr komplex.

4) Bedürfnisse

der Fachpersonen und der Migrationsbevölkerung

Handlungsbedarf

aktuelle Situation: Hindernisse, Defizite, ungünstige Rahmenbedingungen (oder unterstützende Aspekte)

Zeitfaktor

- Zeitfaktor ist wichtig: Beziehungsarbeit braucht viel Zeit.
- Man muss an eine langfristige Umsetzung denken.

Finanzielle Sicherheit

- Finanzielle Sicherheit sehr wichtig. Bei allen Migrations-Projekten fehlt immer das Geld.
-

Forschung

- Forschung durch die MigrantInnen selber, Forschung aus dem Migrations-Segment heraus. Zweitgeneration in Deutschland hat viel Forschung gemacht und es ist ihnen gelungen, einen Paradigmenwechsel einzuleiten.
- Forschung ist manchmal nur zur Bestätigung der Annahme da, dass es die MigrantInnen nicht anders können oder wollen, aber man hat es probiert. Die Glaubwürdigkeit solcher Forschung ist zweifelhaft.
-

Sensibilisierung

- Sensibilisierung von Fachpersonen in den Fachstellen und Bewusstsein wecken (z.B. mittels Weiterbildungen)
- Es braucht einen Zwischenschritt vorher: vor der Sensibilisierung muss überhaupt Interesse geweckt werden
- auch die Politiker müssen diesbezüglich sensibilisiert werden. Z.B. was Präventionskampagnen kosten, wenn MigrantInnen nicht erfasst werden, oder die MigrantInnen auch nicht in die Beratungsstellen kommen. Politiker denken kurzfristig, aber die finanziellen Aspekte wahrzunehmen, wäre wichtig.
- Sensibilisierung geht oft über konkrete positive Erfahrungen (nicht über die abstrakte Ebene, z.B. indem ein Kurs angeboten wird ohne vorherige Kontakte), dann kommt das Interesse

Umsetzung

- es bestehen relativ viele Projekte. Vieles wurde bereits erarbeitet, damit wird aber nichts gemacht

- Manchmal ist es hinderlich, dass man immer global denkt: man denkt gleich an einen Paradigmenwechsel etc. und vergisst, dass solche Aktionen im Kleinen und sehr lokal anfangen sollen. Es ist gut gemeint, vieles zu gross angelegt, dann folgt die Ernüchterung, dass es nicht so ist, wie es sein sollte.
- Beim Aufbau einer Stelle müssen Standards und Ansätze migrationspezifischen Ansätzen genügen. Idealfall ist, dies gleich zu Beginn integrieren.
- MigrantInnen müssen bei der Entwicklung von Projekten von Anfang an dabei sein.
- Erfahrungen von bestehenden Institutionen und ihren Projekten werden zu wenig ausgenützt
- Personen, die den transkulturellen Ansatz umsetzen sollen, müssen Ansatz selber kennen, geschult sein, sonst können sie ihn nicht übernehmen

Nachhaltigkeit

- Nachhaltigkeit ist wichtig.
- es muss ein Prozess durchgemacht werden von Erfahrungen, von Einzelfällen her, dann kommen Kontakte zustande und dann fängt man vielleicht an, im kleinen Migranten anzustellen.
- Man kann nicht bei der Weiterbildung stehen bleiben: das bedeutet einfach das interkulturelle Know-how abzuholen. Das ist nicht integrativ.
- Langfristig geht es darum, eine Betriebskultur zu entwickeln. Gefestigt ist das erst, wenn es normal dazu gehört.

Vertrauensbildung und Lobbyarbeit sind wichtig

- es braucht positive (Vor-) Bilder, nur dann kann eine Vertrauensbildung stattfinden

Anhang 3:

Leitfaden Umfrage SRK Interviews mit MigrantInnen

Personen, die **nicht rauchen/Alkohol trinken**: Nach dem wahrgenommenen Verhalten und den wahrgenommenen Bedürfnissen des Partners (allenfalls von wichtiger Person in der Familie, falls kein Partner) fragen.

I. ANGABEN ZUR PERSON UND ZUR LEBENSITUATION

Alter, Aufenthalt in der CH

Wie alt sind Sie?

Aus welchem Land sind sie in die Schweiz gekommen?

Wie lange sind Sie in der Schweiz?

Welchen Aufenthaltstitel haben Sie?

Kenntnisse Landessprache

Sprechen Sie deutsch, französisch oder italienisch? Wie gut?

Haben Sie das in der Schweiz gelernt? Wo, seit wann/wie lange?

Ausbildung, Beruf, Arbeitslosigkeit

Wie viele Jahre sind Sie zur Schule gegangen? Welche Schule haben Sie abgeschlossen?

Haben sie einen Beruf gelernt? Welchen?

Was haben Sie in ihrem Heimatland gearbeitet?

Was arbeiten Sie in der Schweiz?

Bei Arbeitslosigkeit: Dauer fragen

Familie, Haushalt, Wohnsituation

Sind Sie verheiratet/ledig/geschieden/in Trennung/verwitwet?

Haben Sie Kinder? Wie viele? Wie alt sind sie?

Mit wem leben Sie zusammen (Anzahl Personen im Haushalt)?

Sind Sie zufrieden, da wo sie wohnen?

Evtl. eine Gewichtung machen:

Sehr zufrieden, eher zufrieden, eher nicht zufrieden, nicht zufrieden

Warum sind sie zufrieden / nicht zufrieden?

Versch. Möglichkeiten erfragen:

Wohnungsgrösse, Wohnort, Nachbarn, Kontaktmöglichkeiten mit Familie/Freunde/Nachbarn, Anderes

Soziale Kontakte

Mit wem haben Sie Kontakt?

Familie/Verwandte, Landleute, SchweizerInnen

Haben Sie häufigen Kontakt zu diesen versch. Personen? Mit wem viel, mit wem wenig/kaum?

Welche Art von Kontakt haben Sie (Persönlich, Telefon, Schriftlich)?

Haben Sie Kontakte zu Familie/Verwandtschaft im Herkunftsland?

Machen Sie regelmässig etwas Bestimmtes in Ihrer Freizeit?

z.B. in einer Gruppe, die sich regelmässig trifft, machen Sie regelmässig Sport mit anderen Leuten, sind Sie in der Schule ihrer Kinder aktiv oder zusammen mit anderen Eltern, anderes.

II. KONSUM TABAK UND ALKOHOL

RAUCHEN

Ausmass des Konsums

Rauchen Sie?

Wie viel pro Tag / pro Woche rauchen Sie?

Rauchen Sie in der Wohnung?

Wenn Sie Besuch haben, darf der Besuch in ihrer Wohnung rauchen?

Seit wann rauchen Sie?

Haben Sie immer gleich viel geraucht? Gab es Zeiten, in denen Sie mehr oder weniger geraucht haben?

Warum gab es Veränderungen?

Wichtige, einschneidende Ereignisse?

z.B.: Arbeitslosigkeit in CH (Dauer nachfragen) / Trennungen / Tod einer nahe stehenden Person / Krieg / Flucht / gesundheitliche Probleme / anderes

Für Nichtraucher:

Warum rauchen Sie nicht?

Haben Sie früher einmal geraucht und wieder aufgehört?

Wann und warum haben Sie aufgehört?

Gibt es Personen, mit denen sie zusammen sind, die rauchen?

Ehepartner/FreundIn, Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Freunde

Wie viel pro Tag / pro Woche rauchen diese Personen? *Oder:* Wie häufig sind sie mit diesen Personen zusammen?

Konsumverhalten in versch. Situationen; Einflüsse Generation, Geschlecht, Angehörige, Passivrauchen

Aspekt Passivrauchen, Gender- und Generationenaspekt: nachfragen! Konsum Eltern, andere Angehörige, speziell Frauen

Wann, in welchen Situationen rauchen Sie?

In welchen Situationen rauchen Sie mehr als üblich?

Wie oft kommt das vor pro Tag/Woche oder Monat?

In welchen Situationen möchten Sie nicht auf das Rauchen verzichten?

Wie oft kommt das vor pro Tag/Woche oder Monat?

In welchen Situationen rauchen Sie weniger als üblich oder gar nicht?

Passivrauchen:

Stört es sie wenn andere rauchen? Stört es andere, wenn Sie rauchen? Gibt es Situationen in denen Sie wegen anderen nicht rauchen? ...in denen Sie fragen, ob sie rauchen dürfen? ...in denen Andere aus Rücksicht auf Sie nicht rauchen?

Einstellung zum Konsum, Bedeutung des Konsums

Warum rauchen Sie gern? Was gefällt Ihnen am Rauchen?

Wie fühlen Sie sich beim Rauchen? Was würde Ihnen fehlen ohne Rauchen?

Wie reagieren Personen, mit denen Sie zusammen sind, wenn Sie rauchen?

Stört es jemanden? Wenn ja: wie merken Sie das? Würde es jemand merken, wenn Sie mit dem Rauchen aufhören?

ALKOHOL

Ausmass des Konsums

Trinken Sie Alkohol?

Was trinken Sie: Bier, Wein, Schnaps?

Wie viel pro Tag / pro Woche trinken Sie Bier, Wein, Schnaps?

Seit wann trinken Sie Alkohol? Wann haben Sie das erste Mal Alkohol getrunken?

Haben Sie immer gleich viel Alkohol getrunken? Gab es Zeiten, in denen Sie mehr oder weniger getrunken haben?

Warum gab es Veränderungen?

Wichtige, einschneidende Ereignisse?

z.B.: Arbeitslosigkeit in CH (Dauer nachfragen) / Trennungen / Tod einer nahe stehenden Person / Krieg / Flucht / gesundheitliche Probleme / anderes

Für abstinente Personen:

Warum trinken Sie keinen Alkohol?

Haben Sie früher einmal Alkohol getrunken und wieder aufgehört?

Wann und warum haben Sie aufgehört?

Gibt es Personen, mit denen sie zusammen sind, die Alkohol trinken?

EhepartnerIn/FreundIn, Familienmitglieder, Arbeitskollegen, Freunde

Wie viel pro Tag / pro Woche trinken sie Alkohol?

Wie häufig sind sie mit diesen Personen zusammen?

Konsumverhalten in versch. Situationen; Einflüsse Generation, Geschlecht, Angehörige

Gender- und Generationenaspekt: nachfragen! Konsum Eltern, andere Angehörige, speziell Frauen

Wann, in welchen Situationen trinken Sie Alkohol?

In welchen Situationen trinken Sie mehr als üblich?

Wie oft kommt das vor pro Tag/Woche oder Monat?

In welchen Situationen möchten Sie nicht auf Alkohol verzichten?

Wie oft kommt das vor pro Tag/Woche oder Monat?

In welchen Situationen trinken Sie weniger als üblich oder gar nicht?

Einstellung zum Konsum, Bedeutung des Konsums

Warum trinken Sie gern Alkohol? Was gefällt Ihnen am Rauchen?

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie Alkohol trinken? Was würde Ihnen fehlen ohne Alkohol?

Wie reagieren Personen, mit denen Sie zusammen sind, wenn Sie Alkohol trinken?

Stört es jemanden? Wenn ja: wie merken Sie das?

Würde es jemand merken, wenn Sie keinen Alkohol mehr trinken würden aufhören?

II. PRÄVENTION

Alkohol und Rauchen zusammen fragen

Wissen um schädliche Auswirkungen / Präventionsbewusstsein

Was wissen Sie über die Folgen von Rauchen und/oder Alkohol trinken?

Einzelne fragen:

- Was passiert mit Ihrer Gesundheit?
- Wie verändert sich ihr Verhalten? Merken Sie selber, dass sie sich anders verhalten, anders sind, wenn Sie (mehr als üblich) rauchen/Alkohol trinken?
- Überlegen Sie sich, was es für Folgen für Personen hat, die mit Ihnen zusammen sind?
- Kommt ihnen noch anderes in den Sinn?

Woher wissen Sie das? Wie haben Sie das erfahren? Von wem?

Schweiz – Herkunftsland

Versch. Varianten nennen: Zeitung, TV, Plakate, Rauchverbotszonen, Freunde, Familie, Kinder, Schule, etc.

Hat Sie schon jemand auf die schädlichen Folgen des Rauchens angesprochen? Wenn ja: von wem, wie, wo und wann?

Kennen Sie Personen (Familie, Freunde), die wegen dem Rauchen/Alkohol krank geworden sind?

Was denken Sie, wissen Personen, mit denen Sie oft zusammen sind, über die Folgen von Rauchen und Alkohol?

Einstellungen und Verhalten bezüglich Prävention

Bei Nichtraucher / abstinenten Personen: Fragen nach wahrgenommener Einstellung des Partners

Möchten Sie weniger rauchen / Alkohol trinken resp. aufhören?

Nein, kein Thema für mich

Ja, das möchte ich, beabsichtige es

Ja, habe ich schon versucht

Ja, ich habe aufgehört / reduziert

Warum möchten Sie (nicht) aufhören? *Auslöser*

Was haben Sie schon gemacht, versucht, um aufzuhören oder weniger zu rauchen / trinken?

Warum hat es geklappt, warum nicht? *Ressourcen und Hindernisse*

Allgemeines Gesundheitsverhalten

Als möglichen Einstieg ins Thema Gesundheitsverhalten und Prävention, Zugang zu Informationen. (später in den Leitfaden aufgenommene Fragen)

Was tun Sie um gesund zu bleiben?

Wenn sie sich über Gesundheitsthemen, Gesundheit, Krankheit in der Schweiz informieren wollen, wie gehen Sie vor?

Präventionsangebote, Nutzung, Zugang

Kennen Sie Beratungsstellen oder andere Organisationen zum Thema Rauchen, Alkohol?

Kennen Sie noch anderes zum Thema Gesundheit? *Im Bereich Tabak, Alkohol, aber auch anderes*

Konkrete Möglichkeiten nennen:

Informationsveranstaltungen, Beratung durch den Arzt, Plakatkampagnen, TV-Spots, TV-Sendungen, Broschüren, Aktionen der Schule, etc.

Woher kennen Sie diese Angebote?

Zugangswege: Kinder/Familie, Freunde/Bekannte, ArztIn, Internet, Radio, Zeitungen, Fernsehen, Werbung, etc.

Um was geht es in den Angeboten, die Sie kennen?

Verstehen Sie die Informationen und Angebote? *Sprachfaktor*

Ja
Nein, weil.....

Finden Sie diese Angebote gut? Interessieren Sie sich dafür? Fühlen Sie sich angesprochen? *Zielgruppenorientierung*

Ja, und zwar gefällt mir:
Nein, weil.....

Welche Angebote haben Sie schon genutzt?

Wenn nicht: warum nicht? *Zugangsbarrieren*

Würden Sie diese Angebote grundsätzlich nutzen?

Ja
Nur wenn ich krank bin / würden Sie sie nutzen, wenn Sie krank sind?
Nein, weil.....

Was müsste passieren, damit Sie diese Angebote nutzen?

Kennen Sie Angebote in Ihrem Herkunftsland?

Bedürfnisse

Was müsste sich in Ihrem Leben (Alltag) ändern, damit Sie nicht mehr oder weniger rauchen / Alkohol trinken würden? (*Verhältnisse*)

Was bräuchten Sie dabei zur Unterstützung? / Was würde Ihnen dabei helfen?

(*Ressourcen*)

Konkret nachfragen: wünschen Sie sich Unterstützung aus der Familie, von Freunden, möchten Sie mehr Zeit für Hobbies haben,

- Familie
- Soziales Netz, Kollektiv
- Hobbies, Freizeitbeschäftigungen
- Arbeit, Erwerbstätigkeit
- Informationen, Wissen um Folgen (*Gesundheitskompetenz*)
- weniger Stress
- mehr Sicherheit im Leben (bez. Aufenthalt, Arbeit, Finanzen, eigene Zukunft, Zukunft der Kinder, etc.)

Spezifische Bedürfnisse an Angebote

Denken Sie, Sie sind gut informiert? (über Rauchen, Alkohol trinken, Beratungen wenn sie aufhören wollen, etc.)

Gibt es Informationen, die Ihnen fehlen / die Sie interessieren würden?

(*Informationsdefizit*)

würden Sie es gut finden / möchten Sie mehr / denken Sie, dass Personen aus ihrem Herkunftsland ... möchten

- Beratungen, Informationen, andere Angebote in ihrer Muttersprache?
- Beratungen, Informationen, andere Angebote (z.B. Veranstaltungen) für ihre nationale/ethnische Herkunftsgruppe?
- was spricht dafür, was dagegen? Was wäre sinnvoll?
- oder Angebot für andere Zielgruppen: Eltern, am Arbeitsplatz, gemischt mit Schweizern, im Verein, ...

Wo, wie und durch wen sollten diese Informationen vermittelt werden? (*Zugang*)

Umfrage bei ausgewählten
ExponentInnen der Migrationsbevölkerung
innerhalb des Gesamtprojekts PHS Transkulturelle Prävention

Teilprojekt SRK

Fokussierte Interviews mit MigrantInnen
(2.Teil)

Vorbemerkungen

- Grundlage für den zweiten Teil der MigrantInnenbefragung bildet das Konzept zum *Teilprojekt SRK Umfrage bei ausgewählten ExponentInnen der Migrationsbevölkerung und Fachpersonen mit Migrationshintergrund in den Bereichen Tabak und Alkohol innerhalb des Gesamtprojekts PHS Transkulturelle Prävention*.
- Das vorliegende Befragungsinstrument zum zweiten Teil der MigrantInnenbefragung SRK basiert auf den bisherigen Ergebnissen der anderen Teilstudien (Befragung Caritas Schweiz – Th. Bauer, Befragung PHS – R. Müller, Fokusgruppengespräch SRK, MigrantInnen-Interviews SRK 1.Teil). Diese Ergebnisse wurden durch das SRK zusammengefasst und auf Schwerpunkte geprüft, welche nun im 2. Teil der MigrantInnenbefragung fokussiert werden sollen. Interviewt wird gemäss theoretischem *sampling* ergänzend und vertiefend zu Dimensionen, welche in den bisherigen Befragungen als Lücken oder als weiter zu verfolgende Themen definiert wurden.
- Das Interview besteht deshalb aus verschiedenen Themenblöcken, die in Ihrer Reihenfolge flexibel gehandhabt oder auch nur selektiv zur Anwendung kommen können – je nach Informationsdichte oder –breite, die sich im Gespräch mit den jeweiligen InformantInnen zu den einzelnen Themenblöcken ergibt. Nach Bedarf stehen im Anhang zum Leitfaden Begleitinstrumente zur Verfügung.
- Sample: Es werden – wie im Konzept vorgesehen – zehn weitere MigrantInnen befragt, welche die deutsche Sprache nicht oder nur sehr wenig beherrschen. Es werden in diesem zweiten Teil nur noch Personen befragt, welche selber einen direkten Bezug zum Thema Alkohol/Tabak aufweisen (eigene Abhängigkeit oder enge Beziehung zu einer betroffenen Person). Die Auswahl erfolgt über Fachpersonen, die im Bereich tätig sind. Die Personen haben entweder durch ihr Konsum- und/oder ihr Gesundheitsverhalten in irgendeiner Form einen Bezug zu den Fachstellen, MigrantInnenorganisationen, Beratungs-, Betreuungsangeboten. Ausser diesem institutionellen Bezug können die InterviewpartnerInnen persönlich mit den Fachpersonen bekannt sein und von ihnen aufgrund ihres Konsum- respektive Gesundheitsverhaltens ausgewählt werden.

Informed Consent

Die Interview-TeilnehmerInnen werden zum Projekt informiert und auf die Bedingungen aufmerksam gemacht:

- Tonbandaufnahmen
- Anonymisierung der Daten

Allgemeine Interviewangaben

- Interview durchgeführt von (Name):
- Interviewdatum:
- Interviewdauer:
- ÜbersetzerIn (Name, Institution):

I SOZIODEMOGRAPHIE UND LEBENSLAGE

Warm up

Sie sind über Herrn/Frau X zu diesem Interview eingeladen worden, weil Sie mit den Themen Alkohol und Tabak wichtige Erfahrungen gemacht haben. Könnten Sie uns kurz beschreiben, welcher Art diese Erfahrungen waren?

Kurze Beschreibung geben lassen. Ziel: Warm up, Situierung der Person im Hinblick auf zu vertiefende Interview-Blöcke.

Wir würden Sie nun noch gerne etwas genauer kennen lernen, könnten Sie uns Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Umfeld machen? Wir haben ein paar Fragen dazu vorbereitet:

1. Geschlecht, Alter, Aufenthalt in der CH

- 1.1 männlich/weiblich
- 1.2 Wie alt sind Sie?
- 1.3 Aus welchem Land stammen Sie?
- 1.4 Seit wann leben Sie in der Schweiz?
- 1.5 Welchen Aufenthaltsausweis haben Sie?

2. Familie, Haushalt, Wohnsituation

- 2.1 Sind Sie verheiratet/ledig/geschieden/in Trennung/verwitwet?
- 2.2 Haben Sie Kinder? Wie viele? Wie alt sind sie?
- 2.3 Mit wem leben Sie im selben Haushalt zusammen?
Anzahl, Beziehung (Verwandte etc.), evtl. auch nach transnationalem Haushalt fragen
- 2.4 Beschreiben Sie Bitte Ihre Wohnsituation. Welche Aspekte sind positiv/welche sind negativ?
Versch. Möglichkeiten erfragen: Wohnungsgrösse, Wohnort, Nachbarn, Kontaktmöglichkeiten mit Familie/Freunden/Nachbarn etc.

3. Soziale Kontakte und Support

3.1 Mit welchen Personen hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt?

Auch nach Personen im Herkunftsland oder in anderen Ländern fragen, Beschreibung der Art der Beziehung (wichtige Personen/lockere Kontakte) und der Kontaktform (persönlich, Telefon, Mail/Briefe etc.)

3.2 Mit wem verbringen Sie Ihre Freizeit?

z.B. in einer Gruppe, die sich regelmässig trifft (z.B. im Restaurant, oder auf Besuchen), machen Sie regelmässig Sport mit anderen Leuten, sind Sie in der Schule Ihrer Kinder aktiv oder zusammen mit anderen Eltern, sind Sie regelmässig in religiösen Gemeinschaften aktiv? Oder haben Sie eher unregelmässige Kontakte?

3.3 Wenn Sie Hilfe und Unterstützung (Gesundheit) brauchen, an wen wenden Sie sich?

Nennen lassen, bei Bedarf Fragekatalog analog der SGB (à Anhang I) verwenden.

4. Zufriedenheit mit sozioökonomischem Status

4.1 Inwiefern sind Sie zufrieden/unzufrieden

- mit Ihrer Ausbildung?
- mit Ihrer (beruflichen) Tätigkeit?
- mit Ihrem Einkommen?

Beschreiben lassen, allenfalls SES erheben (à gemäss Anhang II), jedoch Bildungssystem der Herkunftsländer berücksichtigen

5. Allgemeine Lebenszufriedenheit

5.1 Wenn Sie Ihr Leben insgesamt anschauen: Inwiefern sind Sie damit zufrieden/unzufrieden?

Beschreiben lassen, bei Bedarf Fragekatalog analog der SGB (à Anhang III) verwenden.

II KONSUM TABAK UND ALKOHOL

Alkohol und Rauchen getrennt fragen

RAUCHEN

6. Ausmass des Konsums und Abhängigkeit

6.1 Was rauchen Sie?

Zigaretten (Tabak), Zigarren, Cigarillos, Pfeifen, Joints

6.2 Zur Abhängigkeit Fagerström-Test durchführen (à Anhang IV)

6.3 In welchem Alter haben Sie mit regelmässigem Rauchen angefangen?

(Analog SGB) (evtl. weglassen)

Beschreiben lassen, wie es dazu gekommen ist (Schlüsselsituationen, beteiligte Schlüsselpersonen)

6.4. Haben Sie in den letzten 12 Monaten ernsthaft versucht, das Rauchen aufzugeben, d.h. mindestens 14 Tage nicht geraucht?

Beschreiben lassen, wie es dazu gekommen ist (Gründe, Schlüsselsituationen, beteiligte Schlüsselpersonen, Hilfsmiteinsatz Nikotinersatzprodukte etc.).

Ziele: Eigenverantwortung, Ressourcen und Hindernisse herausarbeiten.

Evtl. transtheoretisches Modell abfragen (à Anhang V)

7. Konsumverhalten und Einstellung zum Konsum

7.1 Wann, in welchen Situationen rauchen Sie? Wann, in welchen Situationen rauchen Sie sicher nicht?

Beschreiben und begründen lassen, Reaktionen der beteiligten Personen erfragen.

7.2 Beschreiben Sie bitte, wie Ihre Familie und Ihre Freunde/ Bekannte/ Umfeld zum Rauchen eingestellt sind.

Wer raucht, Ausmass, Haltung zum Rauchen/Passivrauchen, Art der Interventionen gegen das Rauchen/Passivrauchen.

Ziel: Widersprüche zwischen Familie/Umfeld als Ressource und als Risikoumfeld herausarbeiten

7.3 Welche Personen in Ihrer Familie/in Ihrem Freundeskreis sind Vorbilder für Sie?

Beschreiben Sie die Haltung dieser Personen gegenüber dem Tabakkonsum.

Wer raucht, Ausmass, Haltung zum Rauchen/Passivrauchen, Art der Interventionen gegen das Rauchen/Passivrauchen

Ziel: Widersprüche zwischen Schlüsselpersonen als Ressource und als Risikoumfeld herausarbeiten

7.4 Rückblickend: Gab es Erlebnisse die besonders schlimm und einschneidend waren für Sie?

(Gibt es einen Zusammenhang zwischen diesen Erlebnissen und dem Tabakkonsum?)

7.5 Gibt es aktuell besonders schwierige Situationen für Sie?

(Inwiefern wirken sich diese auf den Tabakkonsum aus?)

ALKOHOL

8. Ausmass des Konsums und Abhängigkeit

8.1 Zum Ausmass und zur Abhängigkeit *AUDIT C* (à Anhang VI) einsetzen.

8.2 Wann, in welchem Alter haben Sie mit dem Trinken (Alkoholkonsum) angefangen?
Beschreiben lassen, wie es dazu gekommen ist
(Schlüsselsituationen, beteiligte Schlüsselpersonen)

8.3 Haben Sie schon ernsthaft versucht, das Trinken aufzugeben?
Beschreiben lassen, wie es dazu gekommen ist oder weshalb es nicht dazu gekommen ist (Gründe, Schlüsselsituationen, beteiligte Schlüsselpersonen, Hilfsmiteinsatz etc.).
Ziele: Eigenverantwortung, Ressourcen und Hindernisse herausarbeiten.

9. Konsumverhalten und Einstellung zum Konsum

9.1 Wann, in welchen Situationen trinken Sie Alkohol? Wann, in welchen Situationen trinken Sie sicher nicht?
Beschreiben und begründen lassen, Reaktionen der beteiligten Personen erfragen.

9.2 Beschreiben Sie bitte, wie Ihre Familie und Ihre Freunde/ Bekannte/ soziales Umfeld zum Trinken von Alkohol eingestellt sind.
Wer trinkt Alkohol, Ausmass, Haltung zum Trinken von Alkohol und zu „TrinkerInnen“ (Gender berücksichtigen!), Art der Interventionen gegen das Trinken von Alkohol.
Ziele: Widersprüche zwischen Familie/Umfeld als Ressource und als Risikoumfeld oder als Tabuzone herausarbeiten

9.3 Welche Personen in Ihrer Familie/in Ihrem Freundeskreis sind Vorbilder für Sie? Beschreiben Sie die Haltung dieser Personen gegenüber dem Trinken von Alkohol und gegenüber Personen, die viel Alkohol konsumieren.
Wer trinkt Alkohol, Ausmass, Haltung zum Trinken von Alkohol, Art der Interventionen gegen das Trinken von Alkohol.
Ziel: Widersprüche zwischen Schlüsselpersonen als Ressource und als Risikoumfeld (oder TabuisiererInnen) herausarbeiten

9.4 Rückblickend: Gab es Erlebnisse die besonders schlimm und einschneidend waren für Sie?
(Gibt es da einen Zusammenhang zwischen diesen Erlebnissen und dem Alkoholkonsum? (evtl. Zusammenhang erfragen))

9.5 Gibt es aktuelle besonders schwierige Situationen für Sie?
(Inwiefern wirken sich diese auf den Alkoholkonsum aus? (evtl. Zusammenhang erfragen))

III GESUNDHEITSVERHALTEN

Alkohol und Rauchen zusammen erfragen

10. Allgemeines Gesundheitsverhalten

10.1 Welche Dinge tun Sie, um gesund zu bleiben, oder um Ihr gesundheitliches Gleichgewicht zu erhalten?

Gesundheitsverständnis der Interviewten beachten, Körper- und Gesundheitskonzepte aus anderen Medizintraditionen berücksichtigen (Ayurveda oder galenisches Modell, also z.B. Aufmerksamkeit gegenüber den Konzepten von trocken/feucht; heiss/kalt, Säftebalance etc.) Ziel: Gesundheitskompetenzen erheben.

11. Wissen um schädliche Auswirkungen / Präventionsbewusstsein

11.1 Kennen Sie schädliche Auswirkungen (Krankheiten oder Beschwerden), die vom Alkohol / Rauchen herrühren? Bei wem, denken Sie, treten diese Krankheiten/Beschwerden auf? Inwiefern könnten diese auch Sie (einmal) betreffen?

Krankheitsverständnis der Interviewten beachten, Körperkonzepte aus anderen Medizintraditionen berücksichtigen (Ayurveda oder galenisches Modell, also z.B. Aufmerksamkeit gegenüber den Konzepten von trocken/feucht; heiss/kalt, Säftebalance etc.). Bei Türkischsprachigen beachten, dass „çiger“ in der Alltagssprache oft für die Lunge (eigentlich „akçiger“) und die Leber (eigentlich „karaçiger“) verwendet wird.

11.2 Kennen Sie Personen (Familie, Freunde, Bekannte), die wegen dem Rauchen/Alkoholkonsum krank geworden sind / Beschwerden bekommen haben?

Falls ja; Wer und welche Krankheiten / Beschwerden?

IV PRÄVENTIONSANGEBOTE: WISSEN, ZUGANG, BEDÜRFNISSE

Alkohol und Rauchen zusammen erfragen

12. Präventionsangebote, Nutzung, Zugang

12.1 Kennen Sie Angebote in der Schweiz oder in anderen Ländern (z.B. im Herkunftsland) zum Thema Rauchen/ Alkohol?

Zuerst offen fragen, dann probing durchführen und Angebote nennen: z.B. Beratungsstellen, Plakatkampagnen, Broschüren etc. Beschreiben lassen: Wurden diese auch genutzt oder weshalb nicht genutzt (Sprache, Kosten etc.)? Wie sind Sie dazu gekommen, was war schwierig/hilfreich? Worin bestand die Unterstützung? Wurde die Familie auch unterstützt? Weshalb würden Sie diese Angebote anderen türkisch/tamilisch/bosnisch-sprachigen etc. Leuten in der Schweiz weiter empfehlen?

12.2 Kennen Sie auch Angebote allgemein zum Thema Gesundheit?

Zuerst offen fragen, dann probing durchführen und Angebote nennen: z.B. Informationsveranstaltungen, Beratung durch den Arzt, Plakatkampagnen, TV-Spots, TV-Sendungen, Broschüren, Aktionen der Schule, etc. Beschreiben lassen: Wurden diese auch genutzt oder weshalb nicht genutzt? Wie sind Sie dazu gekommen, was war schwierig/hilfreich? Worin bestand die Unterstützung? Wurde die Familie auch unterstützt

12.3 Gibt es ein Angebot/ Hilfe/ Informationen, die sie für sich selber oder für Ihre Gemeinschaft wünschen?

12.4 Zum Schluss: Rückblickend gesehen; Würden Sie uns bitte drei Dinge nennen, die Ihnen bei der Behandlung/ beim Aufhören besonders geholfen haben?

Würden Sie uns bitte drei Dinge nennen, die ganz schwierig für Sie waren oder die Ihnen besonders gefehlt haben?

Wir danken Ihnen recht herzlich für das Gespräch

ANHANG

I Soziale Unterstützung (Analog SGB)

Frage: Wir wenden uns manchmal an andere, falls wir Hilfe bzw. eine andere Form von Unterstützung brauchen. Inwiefern stehen Ihnen bei Bedarf folgende Personen zur Seite?

- ...eine Person, die Ihnen helfen kommt, falls Sie das Bett hüten müssen?
- ...eine Person, die in Ihnen in Krisensituationen zur Seite steht?
- ...eine Person, die Sie gern hat und Ihnen das Gefühl gibt, geschätzt zu sein?
- ...eine Person, die Sie in den Arm nimmt?

Anweisung an InterviewerIn: Vorlesen: Antwortkategorien:

1. nie
2. selten
3. manchmal
4. meistens
5. immer

II SES (analog CH-Tabakmonitoring)

EINKOMMEN (Wichtig!: SES setzt sich zusammen aus „Ausbildung“ (siehe weiter oben), „Beruf bzw. sozioprofessionellem Status“ und „Einkommen“) → Die Fragen zu Beruf und Ausbildung werden bewusst am weiter vorne gestellt und die Frage zum Einkommen (eher heikel) am Ende)

Bildung

Was ist die höchste Ausbildung, die Sie mit einem Zeugnis oder Diplom abgeschlossen haben?

- Kein Abschluss
- Obligatorische Schule (Primar/Real/Sekundar/Bezirksschule)
- Berufslehre, Berufsschule, Berufsmittelschule
- Maturitätsschule, Lehrerseminar, Diplommittelschule, Handelsschule
- Höhere Fach- und Berufsausbildung (z.B. eidg. Fach- oder Meisterdiplom, Höhere Kaufmännische Gesamtschule(HKG), Technikerschule TS)
- Höhere Fachschule (z.B. HTL, HWV, HFG, HFS), bei Vollzeitausbildung mit Mindestdauer von 3 Jahren
- Fachhochschule
- Universität, Hochschule
- Weiss nicht

- Keine Angabe

Berufliche Stellung

Welches ist Ihre gegenwärtige berufliche Stellung?

HELFEN, FALLS NOTWENDIG

- Selbständig OHNE Angestellte (eigenes Geschäft, eigener Betrieb, freierwerbend)
- Selbständig MIT Angestellten (eigenes Geschäft, eigener Betrieb, freierwerbend)
- Mitarbeiter/-in im Betrieb eines Familienangehörigen
- Angestellter im höheren Kader (Direktor/-in, Chefbeamte/-r, Prokurist/-in)
- Angestellter im mittleren und unteren Kader (Bürochef/-in, Dienstchef/-in, Filialleiter/-in, Gruppenchef/-in)
- Angestellte/-r, Arbeiter/-in ohne Führungsfunktion
- Weiss nicht
- Keine Arbeit
- Keine Angabe

Einkommen

Wie hoch ungefähr ist das gesamte monatliche Netto-Einkommen von Ihrem Haushalt?

HILFE WENN NOTWENDIG: Das heisst, die Summe von allen Einkommen von allen Haushaltsmitgliedern zusammengezählt, nach Abzug von den obligatorischen Sozialversicherungsbeiträgen und den Pensionskassenbeiträgen.

- bis Fr. 2'000.--
- Zwischen Fr. 2'001.-- und Fr. 4'000.--
- Zwischen Fr. 4'001.-- und Fr. 6'000.--
- Zwischen Fr. 6'001.-- und Fr. 8'000.--
- Zwischen Fr. 8'001.-- und Fr. 10'000.--
- Über Fr. 10'000.--
- Weiss nicht
- Keine Angabe

.....

III Lebenszufriedenheit (analog SGB „psychische Gesundheit“)

Frage: Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

- Meine Zukunft sieht gut aus
- Ich habe mehr Freude am Leben als die meisten anderen Menschen
- Ich bin zufrieden mit der Art und Weise, wie sich meine Lebenspläne verwirklichen.
- Ich komme gut zurecht mit den Dingen, die in meinem Leben nicht zu ändern sind
- Was auch immer passiert, ich kann die gute Seite daran sehen
- Ich freue mich zu leben
- Mein Leben scheint mir sinnvoll
- Mein Leben verläuft auf der rechten Bahn

Antwortkategorien:

1. Total falsch
2. Sehr falsch
3. Eher falsch
4. Eher richtig
5. Sehr richtig
6. Total richtig

.....

IV Abhängigkeit (Fagerström Test for Nicotine Dependence)

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? (Anweisung an Interviewer: bis zu 5min [3 Punkte], 6 – 30 min [2 Punkte] , 31 – 60 min [1 Punkt], nach 60min [0 Punkte].)
2. Fällt es Ihnen schwer nicht zu rauchen an Orten an denen das rauchen untersagt ist? (Z.B. im Kino, in der Bibliothek, in einem Bus, einem Spital, etc.) (Anweisung an Interviewer: ja [1 Punkt] / nein [0 Punkte])
3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen? Welche schätzen Sie am meisten? [die erste nach dem Aufstehen (Anweisung an Interviewer: 1 Punkt / alle anderen (0 Punkte))]
4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?
 - a. mehr als 30 (Anweisung an Interviewer: 3 Punkte)
 - b. 21-30 (Anweisung an Interviewer: 2 Punkte)
 - c. 11-20 (Anweisung an Interviewer: 1 Punkt)
 - d. weniger als 10 (Anweisung an Interviewer: 0 Punkte)
5. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
 - a. Ja (Anweisung an Interviewer: 1 Punkt)
 - b. Nein (Anweisung an Interviewer: 0 Punkte)
6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?
 - a. Ja (Anweisung an Interviewer: 1 Punkt)
 - b. Nein (Anweisung an Interviewer: 0 Punkte)

Anweisung an Interviewer: **Auswertung Abhängigkeitsgrad**

- 0-2 = Sehr niedrig
- 3-4 = niedrig
- 5 = mittel
- 6-7 = hoch
- 8-10 = sehr hoch

Quelle: Übersetzung nach Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC & Fagerström KO (1991) The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addiction 86: 1119-1127

.....

V Transtheoretisches Model:

Welche der folgenden drei Aussagen trifft am besten auf Sie zu?

- Ich habe zurzeit nicht die Absicht, das Rauchen aufzugeben. Sicher nicht in den nächsten sechs Monaten
- Ich möchte in den nächsten sechs Monaten versuchen, das Rauchen aufzugeben.
- Ich will in den nächsten vier Wochen das Rauchen aufgeben und möchte wissen, wie ich es am besten anpacke.

.....

VI AUDIT C

A1 Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten alkoholhaltige Getränke konsumiert?

- Nie → *AUDIT C auslassen*
- 1 mal im Monat oder seltener 2 – 4 mal im Monat 2 – 3 mal pro Woche 4 mal die Woche oder häufiger

A2 An einem typischen Tag mit Alkoholkonsum, wie viele Drinks trinken Sie pro Tag?

(1 Drink = 1 Glas Bier oder 1 Schnaps oder 1 Glas Wein etc.)

- 1 – 2 3 - 4 5 - 6 7 – 9 10 oder mehr

A3 Wie häufig trinken Sie 8 Drinks (für Männer) / 6 Drinks (für Frauen) oder mehr an einem Tag?

- Nie weniger als 1x /Monat 1 x Monat 1 x Woche fast täglich

	Pro Zeile bitte 1 Kreuz!		Weniger als 1 x pro Monat	1 x pro Monat	1 x pro Woche	Fast täglich
	Wie häufig in den letzten 12 Monaten...	nie				
A4	... haben Sie den Eindruck gehabt, dass Sie nicht aufhören können mit Trinken, wenn Sie einmal damit angefangen haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5	... sind Sie wegen dem Trinken nicht fähig gewesen, das zu machen, was normalerweise von Ihnen erwartet wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6	... haben Sie am Morgen Alkohol getrunken, um wieder in Schwung zu kommen nach ein paar Gläsern zuviel am Abend vorher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7	... haben Sie Schuldgefühle oder Gewissensbisse gehabt wegen Ihrem Alkoholkonsum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A8	... haben Sie sich nicht mehr an das erinnern können, was in der Nacht vorher passiert ist, weil Sie getrunken haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A9 Sind Sie oder jemand anders im Zusammenhang mit Ihrem Alkoholkonsum körperlich verletzt worden?

- Nein Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten Ja, in den letzten 12 Monaten.

A10 Hat ein Verwandter, ein Freund oder ein Arzt Bedenken geäußert wegen Ihrem Alkoholkonsum oder Ihnen angeraten, den Konsum einzuschränken?

- Nein Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten Ja, in den letzten 12 Monaten